12 A 401

22501473447

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b2042484x_20

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1883

Librairie FÉLIX ALCAN.

Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, avec une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr.
— 2e année, 1 vol. de 759 pages, 1865. 6 fr.
— 3e année, 1 vol. de 524 pages, 1866. 6 fr.
— 4e année, 1 vol. de 550 pages, 1867. 6 fr.
— 5e année, 1 vol. de 528 pages, 1868. 6 fr.
— 6e année, 1 vol. de 528 pages, 1869. 6 fr.
— 7e année, 1 vol. de 696 pages, 1870-1871. 7 fr.
— 8e année, 1 vol. de 488 pages, 1872. 7 fr.
— 9e année, 1 vol. de 524 pages, 1873. 7 fr.
— 10e année, 1 vol. de 580 pages, 1874. 7 fr.
— 11e année, 1 vol. de 588 pages, 1875. 8 fr.
— 12e année, 1 vol. de 521 pages, 1876. 7 fr.
— 13e année, 1 vol. de 585 pages, 1877. 7 fr.
— 14e année, 1 vol. de 466 pages, 1878. 7 fr.
— 15e année, 1 vol. de 576 pages, 1879. 7 fr.
— 16e année, 1 vol. de 632 pages, 1880. 7 fr.
— 17e année, 1 vol. de 600 pages, 1881. 7 fr.
— 18e année, 1 vol. de 511 pages, 1882. 7 fr.

N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront un exemplaire *franco* de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, rue de Clichy, 61, ou à la librairie Félix Alcan, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire.

Librairie GARNIER frères.

Le Mariage dans ses devoirs, ses rapports et ses effets conjugaux, au point de vue légal, hygiénique, physiologique et moral; 1 vol. in-12 de 641 pages avec 35 planches. *Troisième édition*, revue et augmentée, 1882. 3 fr. 50

La Génération universelle; Lois, secrets et mystères chez l'homme et chez la femme; 1 vol. in-12 de 503 pages avec planches. *Deuxième tirage*, 1880. 3 fr. 50

Impuissance physique et morale chez l'homme et la femme; 1 vol. in-12 de 536 pages avec planches, 1881. 3 fr. 50

La Stérilité humaine et l'hermaphrodisme chez les deux sexes; 1 vol. in-12 de 530 pages avec planches, 1882. 3 fr. 50

L'Onanisme seul et à deux, sous toutes les formes et leurs conséquences, 1 vol. in-12 de 562 pages, 1883. 3 fr. 50

Coulommiers. — Imprimerie Paul BRODARD et Cie.

42 600

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
Ancien rédacteur en chef de la *Santé publique*.

Dix-neuvième année, 1883

Verwijderd
K. B.

KONINKLIJKE
BIBLIOTHEEK
'S GRAVENHAGE.

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1884

Tous droits réservés.

WELLCOME
LIBRARY
WB100
1865-
G23d

INTRODUCTION

L'empressement fébrile, général, universel, apporté à la recherche et à la constatation du bacille de la tuberculose, autant que l'attention soutenue et exclusive accordée à ce sujet, forme l'épisode capital et frappant de cette année. C'est la caractéristique de la médecine scientifique et positive actuelle. Les preuves les plus certaines, évidentes et irréfragables, en sont les innombrables expériences de toute sorte accumulées dans ce court espace de temps sur ce nouveau microbe. Sa fameuse technique colorante, pour le rendre apparent et distinct, ne fut pas plus tôt connue que les expérimentateurs de tous les pays, qualifiés à cet effet, se mirent immédiatement à l'œuvre pour l'exécuter, la modifier, la perfectionner. Tous les tissus, les organes, le sang, les humeurs des tuberculeux, leurs crachats en particulier, furent séparément et tour à tour soumis aux réactifs, à la dessiccation et à la coloration pour mieux l'isoler ; puis scrutés, interrogés par le microscope pour déceler sa présence. Afin d'en démontrer plus sûrement l'existence, son absence même fut constatée comparativement. Expérimentations et cultures

variées, inoculations infinies sur les petits animaux, cobayes et lapins surtout, ayant uniformément reproduit cet organisme et confirmé son identité par la mort même, on passa à l'observation clinique et anatomique de l'homme. Quelques malades furent ainsi observés, relativement au nombre considérable d'animaux sacrifiés, et, les mêmes résultats ayant été obtenus, ce bacille est reconnu et proclamé universellement le signe pathognomonique et infaillible de la tuberculose humaine; il est adopté unanimement comme le caractère positif et spécifique de la phtisie pulmonaire, ainsi qu'on le verra à ces deux mots.

Telle est l'œuvre capitale de 1883, dont le millésime figurera dans les annales de la médecine, si cette découverte justifie et réalise toutes les prédictions que l'on en annonce déjà. A aucune époque, on n'avait vu simultanéité d'efforts aussi considérables dirigés, concentrés exclusivement sur un objet si minuscule. Jamais les médecins ne s'étaient exercés avec autant d'ensemble et d'unisson à la recherche et à l'élucidation du même sujet. Plus d'un demi-siècle a été consacré pour mettre toute la valeur de la percussion en lumière, et l'auscultation n'a été promulguée et adoptée qu'après de longues années d'observation sur les malades. Une seule, au contraire, a suffi pour mettre le bacille tuberculeux en pleine évidence par la différence même des études à un demi-siècle d'intervalle. C'est donc l'apothéose de la microbiatrie, le triomphe distinctif et éclatant du temps et des doctrines régnantes.

Son existence, il est vrai, était prévue, annoncée depuis longtemps par les inoculations positives de Villemin, les constatations de Toussaint, de Klebs et surtout la découverte de Davaine, fécondée par Pasteur. Mais, de tous ces avant-coureurs, il n'est plus question :

l'ère du nouveau bacille date de Koch et de Koch seulement. De là l'empressement à s'en assurer la réalité, et l'attention s'y est attachée, fixée si exclusivement, que celui du choléra, malgré son intérêt d'actualité, est resté inaperçu.

Aussi en conçoit-on d'ores et déjà les plus heureuses conséquences. Ses partisans enthousiastes en annoncent même la réalisation. Telle serait l'influence héréditaire de ce microbe comme semence directe de la tuberculose par l'inoculation intersexuelle. Des expériences et un fait sur l'homme en sont relatés à la TUBERCULOSE GÉNITALE. Sa destruction par différents parasiticides et son antagonisme avec le lupus en sont aussi entrevus. Mais il y a loin de ces espérances individuelles, fondées sur des vues de l'esprit et quelques expériences équivalentes, à leur réalisation. Le seul point essentiel est l'adoption immédiate et unanime de ce moyen microscopique pour le diagnostic infaillible d'une affection si fréquente et grave, qui se cache et s'obscurcit souvent sous des apparences trompeuses à son début.

En faveur de cette hérédité immédiate de l'enfant à sa mère par la présence du bacille tuberculeux chez celui qui naît, même avant terme, d'une mère phtisique, plusieurs faits concordants sont maintenant acquis. La transmission du charbon de la mère au fœtus et la vaccination congénitale de celui-ci par la variole de la mère durant la grossesse, aussi bien que l'action lente de l'oxyde de carbone dans l'empoisonnement de celle-ci, témoignent hautement de l'étroite solidarité existant entre eux. Le placenta n'est donc pas un obstacle au passage de ces germes de mort; mais viennent-ils directement des éléments de la génération? *That is the question.*

Aucun fait saillant n'est d'ailleurs à signaler dans cette direction nouvelle, quant à la médecine pratique ; celui-ci a absorbé toute l'activité et les efforts des expérimentateurs. La voie est ainsi restée libre aux cliniciens pour découvrir de nouvelles espèces et variétés nosologiques, décrites sous les noms de *cellulite péritendineuse*, *dilatation de l'estomac* chez l'enfant, *lathyrisme*, *orchite typhoïdique*, *ostéo-périostite hémorrhagique*, *pseudo-paralysie syphilitique* des nouveau-nés, *pseudo-rhumatisme infectieux*, *spléno-pneumonie*, et de nouvelles dénominations du *torticolis*. Il y a aussi l'*angine crémeuse* des typhiques, décrite par M. Nonat dès 1840, comme Typaldos l'a signalé dans sa thèse, en 1846, les *fausses angines de poitrine*, les *formes frustres* de l'ataxie, la *pneumaturie* du diabète, et plusieurs autres interprétations secondaires médicales, et chirurgicales, indiquées dans ce volume et qu'il serait superflu de signaler ici.

L'*hématologie* a été l'objet de vives discussions internationales, provoquées par différentes compétitions pour trouver un nouvel élément figuré du sang, sans que l'hématopoièse en ait reçu aucun éclaircissement. Les excisions, devenues si fréquentes, de la rate et de la thyroïde surtout, ayant amené à leur suite de l'anémie et une sorte de crétinisme, paraissent devoir jeter un jour plus favorable sur sa formation et la source même de ces éléments que toutes les expériences et les réactions faites directement sur ce liquide pour les isoler. Les succès obtenus avec l'arsenic contre l'anémie et la leucocythémie pourront aider aussi efficacement les recherches à ce sujet.

La *syphilis latente*, *héréditaire* est toujours au pre-

mier rang des préoccupations médicales, pour y rapporter toutes les manifestations morbides qui ne s'expliquent pas autrement. Tout le crédit perdu par la scrofule est reversé sur celle-ci. Une syphilis congénitale tardive est ainsi introduite pour en expliquer les symptômes obscurs, suivant la récente étiologie du rachitisme. Deux nouveaux documents importants et contradictoires sont rapportés sur cette question en la laissant en litige. Ses localisations fréquentes et redoutables sur l'œil ont provoqué de nouvelles études et un traitement plus efficace, surtout contre l'*atrophie papillaire*.

Une observation clinique importante est l'influence modificatrice et curative de plusieurs maladies fébriles et inflammatoires sur ses manifestations muqueuses et cutanées. Des plaques muqueuses et le phagédénisme ont ainsi disparu par un érysipèle environnant. La pneumonie aiguë, le rhumatisme, la dothiénentérie, arrêteraient ou suspendraient le cours de ces manifestations par la surélévation de la température organique en résultant. L'expérimentation de cette chaleur artificielle, faite à Lyon sur la virulence des chancres, tend d'ailleurs à confirmer cette influence favorable, tandis qu'elle aggrave la blennorrhagie et l'orchite consécutive par la fièvre typhoïde, comme des exemples en sont relatés.

L'*albuminurie* reste instable dans ses causes et son siège. Après avoir été localisée dans le rein, elle redevient générale, d'après les expériences; la lésion rénale, regardée longtemps comme la cause, en serait parfois l'effet même. C'est un protée dont il est impossible de synthétiser les manifestations, puisque l'observation en découvre chaque jour de nouvelles. L'ab-

sorption du chloroforme la déterminerait instantanément chez les petits animaux, d'après le professeur Bouchard.

L'*arthritisme* a repris cette année une nouvelle importance ; il renaît de ses cendres en provoquant l'hémoptysie. L'effet mécanique du cancer de l'utérus sur le cœur et les reins est plus facile à comprendre et à démontrer ainsi que l'étiologie génitale du purpura chez la femme. Mais il n'y a pas lieu de s'appesantir ici sur toutes ces remarques cliniques, étiologiques ou séméiologiques, consignées dans ce volume et dont elles sont la principale raison d'être par leur valeur pratique.

Ainsi se trouvent analysées les observations, remarques ou annotations sur l'*ataxie locomotrice*, qui, par ses manifestations diverses et multiples, reste souvent une énigme ; le *diabète*, dont une discussion solennelle en Angleterre n'a pu donner la solution, sans y comprendre la *pneumaturie*, qui en forme le nouveau problème ; la *diphthérite*, dont la fréquence croissante place en permanence la contagion, l'inoculabilité et surtout le traitement à l'ordre du jour ; de même de la *fièvre typhoïde*, les *néphrites*, les *névralgies* et les *névroses*, dont les complications et les effets variables rendent souvent le diagnostic impossible.

La *péricardite* a reçu aussi quelques élucidations diagnostiques, et la *pneumonie*, par deux statistiques recueillies pour en fixer surtout l'étiologie et la mortalité, montre qu'elles varient suivant les lieux et aussi le point de vue de l'observateur.

La *pustule maligne* sort du domaine de la chirurgie pour entrer dans celui de l'expérimentation, sous l'influence des données parasitaires du charbon des ani-

maux. De nouveaux faits confirment l'avantage de cette méthode.

Toutes ces constatations particulières ne sont jamais que des faits rares, exceptionnels, comme l'extension des *points hystérogènes* chez l'homme, et ce sont les faits généraux, les lois qui sont à viser ici. Aussi signalons-nous les précieux éclaircissements donnés à la question si controversée et difficile à résoudre, cliniquement et pratiquement, des *localisations cérébrales*. Cette grande conquête de la méthode expérimentale, en donnant à la médecine une précision mathématique, fait surgir aussitôt une nouvelle difficulté en voulant l'étendre à d'autres organes. Les *localisations hépatiques*, moins susceptibles d'expérimentation et d'analyse, sont ainsi à l'ordre du jour.

Au contraire, l'*onanisme* est beaucoup trop négligé comme cause et effet de nombreuses maladies chez les deux sexes et à tous les âges. On interroge hautement et minutieusement à cet égard les excès sexuels, la syphilis, l'alcoolisme, le tabac, l'hérédité, et l'on passe ordinairement sous silence ce vice si grave et fréquent dans ses diverses formes uni et inter-sexuelles. Il ne fait guère partie de l'examen que chez les enfants, alors que son influence est si directe sur les maladies locales des femmes et leurs névropathies. Les observations recueillies durant ces dernières années dans les hôpitaux spéciaux, notamment à Lourcine, en sont la preuve, malgré le mutisme gardé inviolablement sur ce sujet. Le secret et le mystère dont on l'entoure commandent ainsi d'y insister spécialement pour l'éclaircir. La négation actuelle de sa nocuité sur les affections générales n'a pas d'autre cause. Cette étiologie spéciale, étudiée dans toutes les formes de

l'onanisme des célibataires et des mariés, est rendue évidente par notre récente publication. Traitée avec toute l'extension qu'elle comporte au point de vue médical, cette question est résolue par les documents médico-légaux et les observations personnelles ou rendues publiques par les arrêts des cours et tribunaux. Les praticiens ont dans ce résumé complet un guide sûr pour découvrir tous les effets étiologiques de ce vice isolé ou à deux et son influence sur les maladies accidentelles et constitutionnelles.

II

La Chirurgie se divise et se subdivise chaque jour davantage, en se spécialisant à certains organes. Par ses applications croissantes et envahissantes, celle de l'abdomen en particulier se distingue de la chirurgie gynécologique, de la chirurgie rénale et de celle des voies urinaires, longtemps consacrées avant elle. Elle se localise ainsi à l'estomac et à ses dépendances. La *gastrostomie*, en devenant à la mode, est si usuelle qu'elle vient d'être appliquée, comme moyen préparatoire, à la *dilatation digitale des orifices rétrécis* de cet organe. C'est l'opération nouvelle de l'année, quoique les plus audacieuses continuent d'être tentées sur la vésicule biliaire et les résections de l'intestin dans les *hernies gangrénées*. La mortalité effrayante en résultant, d'après la statistique allemande, ne peut même empêcher l'attention de s'y fixer en France et de tenter quelques essais pour se familiariser avec elle. La division du péritoine est devenue si peu redoutable qu'elle est employée comme moyen de guérison contre la péritonite aiguë. *Un* succès en est relaté.

Le traumatisme de cette séreuse est pourtant le principal danger reconnu de la *taille sus-pubienne*, qui attire l'attention chirurgicale en ce moment. Tous les efforts et les perfectionnements tentés à ce sujet ont pour but de l'éviter et le surmonter. D'où la préférence donnée à la nouvelle *lithotomie périnéale* pour l'excision des tumeurs de la vessie.

La *néphrectomie* suit aussi ses progrès à l'étranger. Et quels progrès!... Les résultats indiqués le disent assez. Un exemple déplorable, signalé aux Etats-Unis, y met le comble. La prudente et sage réserve des chirurgiens français fait leur distinction. La *néphrolithotomie* et la *néphroraphie* s'y relient trop intimement pour en être séparées. Le chirurgien a donc de quoi exercer amplement son adresse sur ce petit organe... quand il est symétrique.

Il y a en outre la *chirurgie pulmonaire* qui ne comprend plus seulement l'empyème, pratiqué couramment, même avec l'addition d'Estlander, dont une application malheureuse a été faite à la bronchiectasie; mais des tentatives directes sur les poumons. La *chirurgie cardiaque*, loin de se limiter à la ponction du péricarde, à son aspiration et même à son incision, pénètre aussi jusque dans les ventricules obstrués, embarrassés. En cas de rupture ou de plaie, la suture a été également proposée à l'habileté du chirurgien qui arrive avant la mort, afin de ne pas laisser ces malheureux sans secours.

Tous ces prétendus coups de maître n'ont pas d'autre importance que de montrer la témérité de certains coupeurs audacieux. Pour un succès de hasard, combien de revers prévus! L'*élongation des nerfs*, adoptée avec tant d'enthousiasme, n'a subi ainsi l'épreuve de la pratique qu'avec perte. Elle tombe en discrédit, et

son emploi comme ses succès ne sont plus que de rares exceptions. L'élongation du nerf nasal, substituée à l'énucléation, est l'unique succès de l'année. Leur *suture* au contraire s'ajoute à celle des tendons avec des succès remarquables, comme celle des os, en voie d'examen dans les pseudarthroses, les résections et les fractures de la rotule en particulier.

La contre-indication du bistouri contre le cancer s'accentue par ses revers aussi bien sur l'estomac, le pylore, les reins, l'utérus et surtout la vessie, que sur les seins, par son extension et ses fatales récidives. L'extrême difficulté du diagnostic de cette affection dans l'estomac a été confirmée et démontrée par un exemple trop célèbre pour que chacun n'en profite pas à l'avenir, en cherchant à l'enlever par ce moyen. Son intervention au contraire se justifie et se légitime davantage contre la tuberculose localisée dans les tissus mous, les articulations et même les os. Amputations et résections en sont rapportées à l'appui. Les *arthrites tuberculeuses*, comme les *synovites fongueuses*, les *ostéites* même, en deviennent plus justiciables, à l'exclusion des organes des sens. Telle est la différence de ces deux fréquentes et redoutables diathèses, quant à l'épreuve de la chirurgie moderne en contradiction avec les anciennes doctrines.

Ce n'est pas que les affections plus simples et communes, telles que *abcès*, *kystes*, *rétrécissements*, soient négligées. Les différences cliniques, notées ici et là par des observateurs sagaces, ne manquent pas d'être enregistrées avec soin. Des exemples rares et curieux sont ainsi relatés. Telle est la *maladie kystique des mamelles*, analogue au myxome kystique du testicule, avec cette différence capitaleque celui-ci est parfois malin et que

celle-là est toujours bénigne. De nouvelles *luxations spontanées* sont aussi rapportées, et, par opposition à la dilatation redoutable du rétrécissement du pylore avec l'index, il est utile de citer la simple déglutition volontaire, indolore et absolument sans nocuité, d'une sonde molle à olive, opérant la guérison de ceux de l'œsophage.

La *thyroïdectomie* semble justifiée par les nombreux succès publiés, mais avec des restrictions chez les goitreux profondément anémiés. Les accidents consécutifs observés chez quelques opérés montrent que, par son influence sur l'hématopoièse, l'excision de cette glande peut altérer la vitalité, comme celle de la rate contre la leucocythémie entraîne presque fatalement la mort. Un nouvel accident consécutif à la *trachéotomie* est aussi signalé.

L'*anesthésie* sans danger reste toujours le problème à résoudre. De nouveaux essais mixtes et mathématiques sont invoqués à cet effet. L'anesthésie *à la reine* a même été employée dans l'ovariotomie comme dans l'accouchement. Mais la plus grande conquête, si elle se réalise, serait l'antagonisme de l'atropine et de la pilocarpine sur le cœur, à utiliser contre la syncope cardiaque, si redoutable dans la chloroformisation.

L'*antisepsie* perd sa signification par la diversité des agents employés à cet effet sur les plaies et dans les pansements. L'acide phénique, premier-né, est partout sur son déclin. Il est surtout délaissé en Allemagne, où il avait été accueilli avec tant d'enthousiasme, par l'abus qui en a été fait, comme de l'iodoforme, et les malheurs qui en sont résultés. Ils sont aujourd'hui remplacés par des poudres ou des sachets inertes;

tandis que l'action en est encore expérimentée avec ses succédanés en France pour mieux en préciser comparativement les avantages et les dangers. En changeant leurs pansements à l'hurlure pour se singulariser et appeler l'attention, les Allemands ont ainsi fait du bismuth le héros de l'année.

Le *sublimé* a conquis au contraire la première place dans l'obstétrique et la gynécologie. La liqueur de Van Swieten diluée est employée actuellement *ad libitum* par tous les accoucheurs. De grands succès lui sont attribués dans plusieurs cas graves de dystocie, et le traitement du pédicule dans l'hystérectomie et l'ovariotomie, qui a été l'objet des préoccupations principales, recevra peut-être sa solution par ce moyen.

Essayé en dehors de ce domaine spécial, il pourra devenir bientôt la panacée antiseptique et supplanter tous ses aînés l'année prochaine : c'est le sort des agents semblables.

Les *injections hypodermiques*, formant le trait d'union entre la chirurgie et la médecine, gagnent chaque jour du terrain. Elles remplacent le couteau dans la pustule maligne et beaucoup d'autres tumeurs de mauvais caractère. L'acide hyperosmique ainsi employé s'est montré bien supérieur et préférable à l'excision contre un énorme adénome cervical. D'où l'indication d'essayer au moins la seringue, avant de saisir le bistouri, dans les cas incertains.

III

La Thérapeutique médicale s'est enrichie de plusieurs agents exotiques dont la valeur serait considérable, si

elle n'est pas surfaite. Telles la *kairine* et la *résorcine*, dont les propriétés antithermiques en feraient des succédanés du quinquina dans les fièvres périodiques et continues. La *quassine* et le *quebracho* ne seraient pas moins précieux. Celui-ci, en agissant sur la dyspnée, deviendrait l'antidote du *salicylate*, qui la produit, employé à haute dose. Mais leur usage restreint et limité ne permet encore de rien avancer. Tant d'autres remèdes ont été présentés avec les plus grands éloges, sans tenir leurs promesses, que c'est à l'expérience à prononcer, même quant à l'alcaloïde du *quassia amara*.

Par ses succès contre l'anémie, la leucocythémie, la phtisie, l'*arsenic* mérite plus de créance. Son action reconstituante sur le sang est démontrée par là, soit qu'il favorise la formation des hématies, soit qu'il surexcite l'hématose. Son indication positive est le déficit des globules rouges sur les blancs, surtout avec l'addition du fer. Aucun effet spécifique ni parasiticide ne s'en dégageant contre la tuberculose, on ne peut en faire jusqu'ici qu'un simple reconstituant.

Les effets remarquables obtenus par la *suralimentation artificielle* dans les cas analogues en sont la preuve. En reconstituant l'organisme par les matériaux azotés dont elle se compose, elle combat efficacement l'action déprimante de la phtisie pulmonaire et les déchets excrémentitiels en résultant. La fièvre hectique en est même suspendue, arrêtée, et la guérison de certaines phtisies torpides en a été authentiquement obtenue dans les hôpitaux. Ce moyen commode et facile, applicable seulement dans l'apyrexie avec l'état intact des voies digestives et les forces de l'assimilation, pour être efficace, ne convient malheureusement qu'à

un petit nombre de poitrinaires. L'association de l'arsenic à faible dose pourra peut-être la faire supporter dans quelques cas. Elle a aussi été utilisée après la trachéotomie.

La *transfusion directe du sang* perd au contraire son crédit par les difficultés opératoires et les nombreux insuccès en résultant. Des moyens indirects y sont substitués, jusqu'à ce que des instruments perfectionnés permettent de la pratiquer plus sûrement.

En remplaçant le magnétisme animal, l'*hypnotisme* en reproduit toutes les merveilles. Ses effets par suggestion sont des plus étonnants entre certaines personnes. La volonté du sujet actif s'impose et se substitue entièrement à celle du sujet passif, réduit à l'état d'automate, de machine ou d'instrument à l'insensibilité, à la douleur, à l'anesthésie complète. Des guérisons miraculeuses en apparence de névroses, de contractures, d'accès nerveux ont été obtenues authentiquement par des observateurs, des cliniciens du plus grand mérite. Entre les mains du médecin, c'est un calmant plus sûr et rapide que tous les agents thérapeutiques, à dose massive. Cette action de la volonté, tout immatérielle, n'a d'ailleurs rien d'étonnant en présence des effets mortels et immédiats des inoculations expérimentales actuelles de substances impondérables, soit un millionième de goutte d'une culture charbonneuse. La chaleur organique, appliquée à la destruction du virus syphilitique, en est un autre exemple, comme on l'a vu plus haut. On revient ainsi au surnaturel d'autrefois.... en l'expliquant.

A ces abstractions transcendantes, convient-il de

faire succéder la série des nouveaux remèdes préconisés ou employés contre les maladies ou les affections courantes : l'atropine contre le coryza, l'hyposulfite de soude contre la bronchite chronique, la magnésie contre les verrues, etc.? Ce serait refaire notre livre, consacré surtout à ces applications pratiques et journalières. Nous nous bornerons à signaler en terminant les *falsifications médicinales* et quelques mesures d'hygiène publique et privée, comme celles d'isolement et de revaccination prises contre la variole, qu'il ne faut pas se lasser de faire valoir contre la ligue internationale suisse. Certains *empoisonnements* et l'entomologie appliquée à la solution de quelques cas de médecine légale sont aussi d'un grand intérêt.

Les questions professionnelles sont réparties à ENSEIGNEMENT, EXERCICE, JURISPRUDENCE, NÉCROLOGIE, ORDONNANCES et PRIX, en attendant que le projet de loi, actuellement en discussion à l'Académie de médecine, sur les aliénés, nous fournisse un nouveau thème à ce sujet l'année prochaine.

25 février 1884.

P. GARNIER.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1883

A

ABCÈS. En variant surtout par leur siège, il importe de distinguer celui-ci pour la sûreté du diagnostic. Ils peuvent en effet se confondre avec différentes tumeurs, du moins au début, et c'est en en connaissant l'origine que le chirurgien peut se mettre à l'abri des méprises. M. Guéniot en a ainsi observé dans la région de la colonne vertébrale dont l'étiologie est obscure en simulant une méningocèle. Un enfant de quinze jours portait dans la région dorsale, juste sur la ligne médiane, une tumeur du volume d'une noix et nettement fluctuante, grossissant légèrement sous l'influence des cris, sans aucune induration périphérique ni le moindre changement dans l'aspect des tissus voisins; les téguments étaient sains et sans trace d'œdème. On ne pouvait savoir si la tumeur était congénitale ou si elle était survenue après la naissance.

Cette tumeur ayant rapidement grossi, une ponction exploratrice fit reconnaître qu'elle renfermait du pus. Elle fut incisée largement, sans que l'exploration permît de constater une altération osseuse. L'enfant était en bonne voie de guérison, quand il mourut accidentellement.

Une tumeur se présentait avec les mêmes conditions dans la région cervicale, chez un autre enfant qui guérit par l'incision. La ressemblance de ces abcès avec la hernie des méninges résulte : du siège de la tuméfaction, d'une certaine expansion sous l'influence des cris et de l'absence complète d'œdème des téguments, ayant conservé leur teinte normale. Toutes les parties du corps chez le nouveau-né pouvant offrir un foyer de suppuration, le siège est ici sans importance. Les veines intra et extra-rachidiennes, par leurs nombreuses anastomoses, expliquent l'expansion de la tumeur sous l'influence des cris, et l'absence d'œdème et de coloration des tissus est un phénomène très fréquent à cet âge. Il n'y a donc pas à tenir compte de ces derniers pour le diagnostic. (*Revue des maladies de l'enfance.*)

Abcès adénoïdes du cou. Afin de ne laisser que de faibles traces de leur ouverture, le docteur Quinlan les traverse à leur base avec une aiguille courbe, montée sur un manche et armée d'un fil d'argent. C'est une espèce de séton dont les bords ne s'ulcèrent pas et qui ne laissent que des traces imperceptibles dès que le foyer purulent est tari. Deux jeunes filles de quatorze à dix-huit ans, ainsi opérées, ne portaient aucune cicatrice appréciable peu de temps après leur guérison. (*Lancet*, n° 3.)

Abcès sous-hyoïdiens. Ils sont parfois symptomatiques de lésions cartilagineuses du larynx. Chez un garçon de vingt-deux ans, se présentait sur la ligne médiane, à la hauteur du cartilage cricoïde, une petite tumeur franchement fluctuante, du volume d'une noix, sans adhérence à la peau, mais suivant les mouvements de la trachée. Ni scrofuleux, ni syphilitique, ce garçon, arrivé d'Algérie au commencement de l'hiver, s'est bientôt enrhumé et crache quelques filets sanguins, sans aucun signe phymique. Une ponction avec l'aspirateur est pratiquée par M. Le Dentu. Quelques grammes de pus crémeux s'écoulent; mais le pus se reforme, et une large ouverture fait reconnaître la dénudation cartilagineuse dans un point et la sensation de l'os dans un autre. L'iodoforme, les cautérisations avec le nitrate d'argent et le thermo-cautère furent insuffisants à tarir la suppuration, persistant plus de deux mois après, sans que

l'examen du larynx ni de la poitrine ait décelé aucun signe de tuberculose.

Un homme scrofuleux, de vingt-huit ans, enroué, était absolument dans les mêmes conditions en entrant à l'hôpital le 13 avril. Ouvert au bistouri le 24 avril, l'abcès donne un liquide séro-purulent, mais aucune dénudation n'est appréciable. Le pansement antiseptique et les cautérisations n'avaient pu tarir un petit trajet fistuleux aboutissant au cartilage thyroïde, près de deux mois après le début.

Ce sont donc là des abcès symptomatiques de chondrite ou péri-chondrite du larynx. Ils se confondent avec les abcès du cou, mais ils méritent d'en être distingués aussi bien que des kystes et des abcès ganglionnaires par leur extrême gravité. (*Soc. clin. de Paris*, mai.)

Abcès de la paroi abdominale. Le 10 mars dernier, un enfant de sept ans entre dans le service de M. Labric, présentant dans le flanc gauche, à 10 centimètres en dehors et au niveau de l'ombilic, une tumeur saillante, arrondie, de la grosseur d'un œuf. Cette tumeur s'est développée depuis deux mois ; elle est molle, très fluctuante, douloureuse à la palpation; la peau est tendue, luisante, amincie, légèrement violacée.

Cette poche, bien limitée, repose sur un plan induré faisant corps avec la paroi abdominale et n'offrant pas de saillie appréciable à la vue. Elle paraît indépendante du foie et de la rate.

L'empâtement s'étendant jusqu'à l'extrémité libre des côtes, la pression étant douloureuse au niveau des huitième et neuvième côtes, on crut à une lésion costale.

Une ouverture de 3 centimètres, faite au bistouri, laisse écouler environ une centaine de grammes d'un pus visqueux, demi-transparent, grisâtre, au milieu duquel nagent des grumeaux blanchâtres. La cavité, assez vaste, paraît close de toutes parts; on ne trouve pas de trajets conduisant à une côte.

Huit jours après l'opération, la fistule est fermée; le substratum induré, sorte de phlegmon chronique, développé autour de l'abcès froid, disparaît; les parois abdominales sont souples et indolores.

A la fin du mois de mars, le malade présente tous les symptômes d'une péritonite. Cette complication, survenue sans cause appréciable, dure seulement quelques jours, et le malade ne tarde pas à sortir complètement guéri. (*Revue des maladies de l'enfance.*)

Abcès urineux. Toutes les fois qu'ils coïncident avec l'infiltration urineuse et un rétrécissement de l'urèthre, M. Reginald Harrison, chirurgien de l'infirmerie de Liverpool, est d'avis de pratiquer l'uréthrotomie périnéale derrière le rétrécissement, pour favoriser l'émission directe de l'urine par l'introduction d'une sonde dans la vessie à travers la plaie. Le traitement du rétrécissement doit être suspendu, jusqu'à la guérison complète de ces complications. Trois exemples de cette pratique sont rapportés à l'appui. (*Lancet*, n° 1.)

Abcès fistuleux du tibia. Deux exemples en sont relatés par M. W. Savory, le premier chez un homme de trente ans, robuste, entré à l'hôpital Saint-Barthélemy en novembre 1882, pour une douleur vive et profonde du tibia gauche, durant depuis six semaines. Gonflement de l'os à la jonction du tiers moyen avec le supérieur, le membre mesurant à cette hauteur un pouce et demi de plus que l'autre. Une cicatrice longitudinale de trois pouces y existe, avec une petite ouverture donnant issue à une gouttelette de pus. Elle résulte de l'ouverture d'un abcès de l'os survenu à quatorze ans, à la suite d'un coup, et ouvert à vingt et un ans par le trépan. Depuis cinq ans, il n'en souffrait plus, lorsqu'un petit abcès se forma dans la cicatrice; et c'est ainsi que les douleurs revinrent, cette fois plus profondes. Correspondant à l'ouverture de la cicatrice, une très petite *indentation* existe à la surface du tibia, et, à l'aide d'un stylet fin, une ouverture est découverte, permettant son introduction dans une cavité pleine de pus, soit 8 grammes environ.

Une fille de dix-huit ans, délicate, entrée le 15 janvier à l'hôpital, présentait un exemple analogue. Un coup reçu sur la jambe droite à sept ans fut suivi d'une arthrite du genou, avec abcès consécutifs du condyle interne du tibia et extraction de séquestres. Elle guérit néanmoins jusqu'à la fin de 1882, quand des douleurs lancinantes se manifestèrent

au siège de l'ancien mal. Une cicatrice irrégulière de deux pouces existe sur la partie supérieure du tibia, avec un petit sinus au centre donnant du pus épais. L'os est gonflé, mou et dentelé sous la cicatrice, adhérente au périoste. Sensibilité locale aiguë.

La dissection de la surface cicatricielle montra un orifice fistuleux étroit de l'os, ne pouvant admettre le stylet. Une gouttelette de pus s'en échappe. En l'agrandissant avec une vrille, la cavité d'un abcès se montre dans le corps de l'os. Elle est régulièrement ovale, limitée de parois molles, d'un pouce de profondeur environ et remplie de pus.

Le canal fistuleux de ces abcès doit donc être consécutif à la carie et à la nécrose même de l'os. Il n'est pas admissible qu'il résulte des ouvertures précédentes. Devant l'extrême rareté de ces trajets fistuleux dans le tissu osseux, il est à prévoir que le tibia s'y trouvait prédisposé par les lésions précédentes et que c'est là un danger spécial de cet os. (*Lancet*, 12 mai.)

Abcès critiques *dans la fièvre typhoïde.* (Voy. ce mot.)

ACCOUCHEMENTS. *Rétrécissements du bassin.* Pour montrer que la version n'est pas une méthode générale à adopter dans ce cas, le docteur Hegner fournit les statistiques suivantes, recueillies à la Maternité de Zurich et favorables à l'expectation :

Sur 52 accouchements où le bassin était rétréci, il y eut 34 naissances spontanées, 15 par le forceps, une extraction, une version et une crânioclastie. Deux femmes moururent et 40 enfants vécurent.

Dans 43 accouchements à bassin rachitique, il y eut 26 naissances spontanées, 2 accouchements artificiels, 5 applications de forceps, 3 extractions, 4 versions et 3 crânioclasties. Deux femmes moururent, et des 43 enfants 10 étaient mort-nés.

Dans 30 accouchements à bassin plat, il y en eut 21 de spontanés et 9 avec intervention. Toutes les femmes guérirent, et il n'y eut que trois mort-nés.

Ce qui donne, en résumé, une mortalité de 4 0/0 des mères et de 10,7 pour les enfants, en excluant cinq enfants macérés. Cette proportion est donc plus favorable à celle

des Maternités où la version est pratiquée exclusivement dans ces cas. (*Centralb. für Gynæk.*, décembre 1882.)

Albuminurie gravidique. Voy. ce mot.

Fissure anale. Une analyse nette et précise de tout ce qui a été dit et fait en France sur ce sujet depuis Boyer, par le docteur Deligny, et couronnée par la Société de médecine d'Amiens, doit être signalée comme un excellent memento bibliographique. Deux seules observations inédites y sont jointes, montrant que cet accident peut résulter de l'accouchement laborieux en déterminant la déchirure de la muqueuse par la distension des parties. C'était chez deux primipares, dont l'une avait 32 ans. Trois jours après, il y avait douleur pendant et après la défécation. La fissure se trouvait à la partie postérieure de l'anus. Cette déchirure, irritée par les matières fécales et le contact des lochies, amena la sphinctéralgie. Les lavements de ratanhia, selon Trousseau, amenèrent rapidement la guérison dans les deux cas. (*Arch. de médecine*, janvier et février.)

Déchirure du périnée. Afin de la prévenir plus sûrement, le docteur A. Duke, prétendant que la dilatation de l'orifice vaginal devrait être aussi lente dans l'accouchement que celle du col pour s'effectuer sans danger, y pourvoit de la manière suivante : A chaque douleur, la femme étant dans le décubitus latéral gauche, suivant la coutume anglaise, il introduit soit le pouce de la main gauche, soit deux doigts de la main droite dans le vagin, et déprime ainsi fortement le périnée, en le repoussant vers le coccyx. Il prétend avoir évité presque sûrement sa déchirure par la pratique répétée de cette manœuvre à chaque contraction. (*British med. journal*, 10 mars.) C'est là le petit travail de certaines matrones ou accoucheuses et nécessaire seulement chez les primipares ou quelques femmes très étroites.

Un procédé aussi nouveau et exempt des inconvénients offerts par les autres est formulé par le docteur Dumas, sous le nom de *dilatation préfœtale de la vulve*. En voici la manœuvre permettant de juger de son originalité :

Les trois premiers doigts de la main droite, préalablement graissés, sont introduits à travers la vulve jusque sur la tête, au moment où celle-ci arrive à l'extrémité anté-

rieure du vagin. Ils sont ensuite écartés de façon à se loger entre la tête et l'orifice antérieur du vagin et constituent le *trépied digital*, sorte d'appendice en forme de cône qui surmonte la tête et agit sur la vulve au moment de chaque contraction utérine, à la manière d'un coin. Ils jouent donc à ce niveau le même rôle que la poche des eaux au niveau du col de l'utérus. En même temps que l'orifice du vagin et la vulve sont ainsi entraînés en avant, la commissure postérieure de la vulve est tiraillée dans le même sens, ce qui vient en aide à l'extension du périnée. (*Montpellier méd.*)

Gémellarité. Cause fréquente et essentielle de dystocie, elle peut le devenir par la négligence coupable, la faute de ne pas s'assurer, après l'expulsion du premier enfant, s'il n'en reste pas un second, soit par la palpation du ventre, soit par le toucher. C'est à défaut d'avoir suivi cette règle inéluctable qu'une sage-femme encourut une sévère réprimande. L'expulsion d'un premier enfant s'étant faite très régulièrement et facilement, elle le prit, le lava, l'habilla peut-être et fut très surprise, en retournant près de la femme pour la délivrer, de trouver le bras d'un second enfant dans le vagin. En constatant la présence de la main aussitôt après l'expulsion du premier, la version eût été sans doute facile par la dilatation du col. Au contraire, elle envoya chercher un premier médecin, qui ne put l'opérer. Un accoucheur, M. Herrgott fils, fut ensuite demandé; et, tout cela exigeant du temps, il se fit, par la dilatation même du col, un commencement d'évolution spontanée. Un véritable enclavement fœtal mit ainsi absolument obstacle à la version. Il fallut recourir à la détroncation avec des ciseaux. En laissant un lambeau de peau réunissant le tronc à la tête, l'extraction de celle-ci suivit immédiatement. Les suites de couches furent heureusement favorables; sans quoi la mort de la mère eût pu suivre celle de l'enfant par cette simple négligence. (*Soc. de méd. de Nancy*, novembre 1882.)

A l'arrivée de Galbraith, un enfant était expulsé, sauf la tête, accrochée au détroit supérieur. Celle d'un second enfant était en contact intime avec elle et l'empêchait de passer. Il fit aussitôt mettre la femme dans la position génu-pectorale, c'est-à-dire à genoux et appuyée en avant sur les coudes. Cette position suffit pour attirer le fœtus

resté dans l'utérus vers le fond de cet organe, et sa tête, s'éloignant du bassin, laissa libre passage à l'autre tête, qui put être facilement extraite. Le premier enfant était mort; le second fut extrait vivant; la femme guérit sans accidents. (*Amer. journ. of obstet.*, octobre 1882.)

Antisepsie puerpérale. En s'étendant à la parturition, la méthode antiseptique s'est modifiée. L'odeur pénétrante et la toxicité de l'acide phénique ne permettant pas de l'employer sans danger pour les lotions chez les accouchées, on a cherché un agent plus sûr et moins désagréable. Le sublimé corrosif, étudié dès 1872, semble avoir réuni les suffrages à cet égard, d'après l'expérience suivante de M. Tarnier à la Maternité : Afin de s'éclairer sur quel liquide il devait préférer, il a mis de l'eau phéniquée à des titres variables dans plusieurs verres; dans d'autres, une solution d'acide borique; dans d'autres, une solution de bichlorure de mercure à 1/1000 (liqueur de Van Swieten), ajoutant dans tous ces verres un fragment de placenta laissé en macération à température moyenne. En peu de jours, tous les verres, excepté deux, contenaient des légions innombrables de microbes vivants : les deux seuls verres qui n'en contenaient pas étaient remplis par la liqueur de Van Swieten et par la solution d'acide borique à saturation (40 grammes par litre). De là sa confiance dans l'action parasiticide du bichlorure de mercure. Au mois de juin 1881, M. Tarnier commença à employer le sublimé au lieu de l'acide phénique pendant l'accouchement et, dans certains cas, pendant les suites de couches, de la façon suivante :

Toute personne, sage-femme, interne ou élève, entrant à la salle d'accouchements, se lave les mains dans la liqueur de Van Swieten. On n'a encore observé aucun cas de salivation. Lorsqu'une femme arrive à la salle, on commence, si c'est possible, par lui donner un bain; mais de toutes façons on lave très soigneusement toute la région génitale avec une solution de sublimé corrosif à 1/2000. Cela fait, on lui donne une injection vaginale avec cette solution portée à une douce température; puis on recouvre la vulve d'une compresse imbibée du même liquide. Pendant le cours du travail, on renouvelle l'injection vaginale toutes les trois heures environ.

Lorsque l'accouchement est terminé et la délivrance accomplie, on fait une dernière injection et une toilette. On transporte l'accouchée dans la salle où elle doit passer ses suites de couches, et là, si l'accouchement a été normal, si tout se passe bien, on se contente de faire trois ou quatre fois par jour une toilette avec une solution d'acide phénique à 1/80 et on recouvre la vulve et les parties voisines de compresses imbibées de solution phéniquée. Mais si, au contraire, on a dû terminer artificiellement l'accouchement, s'il est resté quelques débris de membranes dans l'utérus, s'il y a des eschares profondes et surtout si les lochies sont fétides, on se sert de la solution au sublimé corrosif suivant le titre indiqué plus haut. On fait quatre, cinq, six fois par jour une injection vaginale et des toilettes avec ce même liquide, et on en imbibe les compresses.

Depuis le 29 juin jusqu'à ce jour, plus de 350 femmes ont été soumises à ce traitement : une seule est morte ; mais l'autopsie a montré qu'elle avait eu anciennement une péritonite, dont il restait de nombreuses traces, qui avait pu être pour quelque chose dans l'apparition de celle qui avait emporté la malade. Toutes ces femmes ont été suivies avec le plus grand soin par Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité. Voici ce qu'elle a remarqué : dans les cas où les lochies étaient fétides, il a presque toujours suffi d'un jour ou deux pour détruire toute fétidité ; lorsqu'elles s'accompagnaient de fièvre, on la voyait tomber très rapidement. Le travail de l'involution utérine a semblé se faire plus rapidement, et dans un grand nombre de cas, lors du départ des femmes, du dixième au quinzième jour, elle a constaté une fermeté toute particulière du col utérin, qui était presque complètement reformé. On a examiné tous les jours les gencives des malades, et dans aucun cas on n'a observé de gingivite ; il n'y a jamais eu de ptyalisme.

Dans trois cas, on a vu apparaître une éruption hydrargyrique au pourtour des organes génitaux externes et sur la face interne des cuisses. Il a suffi de supprimer les compresses et de saupoudrer les surfaces atteintes avec de la poudre d'amidon pour voir les phénomènes s'amender rapidement et disparaître. C'est là un accident de peu d'importance, et l'on sait qu'avec l'acide phénique, il n'est pas rare de voir survenir de l'érythème.

Quant aux injections vaginales avec la solution du sublimé, le docteur Ribemont, ayant à donner des soins à une femme atteinte d'infection putride, n'hésita pas à faire des injections intra-utérines avec la liqueur de Van Swieten, et la malade guérit sans présenter aucun phénomène d'intoxication mercurielle. Une femme, entrant à la Maternité, expulsait un fœtus de quatre mois environ; l'utérus, revenant immédiatement sur lui-même, emprisonnait le placenta. Le lendemain, une portion du placenta faisait saillie dans le vagin et se putréfiait, les lochies devenaient fétides. Le surlendemain matin, frisson violent, fièvre intense, langue sèche, face terreuse; la plus grande partie du placenta proéminant dans le vagin, il est extrait, et, enhardi par le succès précédent, une injection intra-utérine est faite avec la solution de sublimé à 1/2000. On réitéra l'injection vers le soir, en retirant encore une portion de placenta. Deux heures après, la température, qui le matin était à 40°, tombait à 39°. Le lendemain matin, elle était à 37° et le pouls à 76. A partir de ce moment, l'état général s'est amélioré progressivement.

Les résultats obtenus jusqu'à présent sont assurément très satisfaisants; mais M. Tarnier croit que les linges, les matelas sont remplis de microbes qu'il serait nécessaire de détruire, et il pense que le sublimé pourrait être l'agent destructeur.

Depuis quelques années, l'attention des hygiénistes est attirée sur cette question de la désinfection des matelas; de nombreux procédés ont été préconisés. Selon M. Vallin, le procédé le plus simple et le moins coûteux serait de les traiter par la vapeur ou l'air chaud. M. Lefranc conseille de soumettre les matelas à des fumigations d'orpiment et d'acide sulfureux, et il fait suivre les fumigations d'un lavage à l'eau froide légèrement alcaline ou phéniquée, soit 1 kilo d'acide phénique cristallisé et 40 kilos de carbonate de soude dans 40 mètres cubes d'eau pour 10 quintaux de laine.

Voici le procédé de désinfection employé par M. Tarnier : Une cuve cimentée pouvant contenir plusieurs matelas est remplie d'une solution de sublimé laissée en contact avec les matelas. Cela fait, on les porte sous un courant d'eau, de façon à entraîner ce qui reste de sublimé dans le crin et la

laine, puis on les place dans une étuve, jusqu'à siccité complète.

Quant aux draps et aux linges ayant servi aux accouchées, on les fait baigner successivement dans la solution de sublimé et dans l'eau pure, puis on les envoie à la buanderie pour être lavés.

M. Tarnier espère avoir de la sorte des matelas et du linge complètement aseptiques, et diminuer encore la mortalité qui s'est déjà très fortement abaissée depuis quelques années. (*Ann. de gynécol.*) Voy. année 1882.

Le même agent antiseptique a été généralisé à la Maternité de Novare, par le docteur P. Négri, en suivant dans son application tous les principes précédents. Il s'en écarte seulement pour les injections vaginales, qu'il emploie dans les suites de couches les plus normales, avec une solution au deux-millième. Aucun mal n'en est résulté, et leur emploi s'est montré souvent très avantageux. Sur 51 accouchements pratiqués pendant quatre mois, suivant cette méthode, la mortalité fut nulle et la morbidité très faible, surtout en ce qui concerne la septicémie. D'où les conclusions suivantes :

1° Les effets toxiques du sublimé, employé d'après la méthode précédente, sont à peu près nuls; une seule fois il y eut un léger érythème mercuriel.

2° La solution du sublimé au deux-millième possède une action antiseptique assez forte pour lutter contre la septicémie puerpérale.

3° Cette solution peut se substituer complètement à celle d'acide phénique au 2 pour 100.

4° Le sublimé a, sur l'acide phénique, l'avantage de coûter moins cher et de n'avoir pas d'odeur, dernière considération qui n'est pas sans importance pour la clientèle privée. (*Ann. di ostetricia.*)

Suites de couches. Après l'expulsion fœtale, dit W. Alexander, l'utérus forme une cavité plus ou moins large, incomplètement protégée contre le contact de l'air extérieur. Son défaut de contraction est ainsi la source de tous les accidents pathologiques par l'accumulation des sécrétions lochiales et leur altération. Tous les accidents septiques viennent de ce défaut de contraction et de rétraction de l'utérus.

Pour le favoriser, il conseille et emploie, outre les frictions usuelles sur le fond de l'utérus, l'application d'un petit coussin, maintenu par un bandage de corps. Il préfère ce topique aux injections intra-utérines. La septicémie de cause interne peut ainsi être prévenue; mais cette méthode est insuffisante quand le contact des doigts ou des instruments, des matières septiques peut la développer sur place. Les lavages sont alors le meilleur adjuvant de la contraction utérine. (*Med. Times and gaz.*, avril et mai.)

Emphysème sous-cutané. En raison de la rareté et du peu de gravité de cet accident qui se produit sous l'influence des violents efforts d'expulsion, la plupart des auteurs passent sous silence cette infiltration de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané du cou. Beaucoup de femmes en sont effrayées, et les jeunes accoucheurs, comme les sages-femmes, n'en ayant pas entendu parler, peuvent aussi en concevoir des craintes. L'exemple suivant, observé par le docteur Chanbuzian à la Maternité, suffira à les rassurer.

Une femme de vingt ans, robuste et bien portante, a un travail normal donnant une dilatation complète à deux heures de l'après-midi. A quatre heures, elle fait de si violents efforts d'expulsion que, durant l'un d'eux, une tuméfaction apparaît au-dessus de la clavicule droite, sans rougeur ni douleur, sonore à la percussion et crépitante au toucher. Elle s'accroît rapidement et envahit tout le côté correspondant de la face, jusqu'à la paupière inférieure et la partie sous-jacente du thorax. Le côté gauche est respecté.

L'accouchement se termine; mais, en quelques instants, la tuméfaction était si considérable que la femme en était toute défigurée, sans l'incommoder autrement que par l'épouvante en résultant pour elle.

Ce gonflement, résultant de la rupture de quelques vésicules pulmonaires, était très diminué le lendemain, et la femme quittait l'hôpital le huitième jour, très bien portante. La femme prévient cette complication en ouvrant la bouche et en criant à son aise, au lieu de pousser avec effort en retenant sa respiration. (*Archiv. de tocol.*, juillet.)

De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité

pelvienne, mode des fesses; thèse inaugurale, par le docteur Olivier, Paris.

Démonstration expérimentale de la possibilité de l'application du forceps et plaidoyer un peu trop exclusif en faveur de ce moyen sur les autres, en négligeant l'étude de leurs diverses indications, celles de l'emploi du seigle ergoté entre autres.

De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels, par le docteur Dutertre. Un volume in-8° de 350 pages, Paris. Manuel et technique de l'anesthésie obstétricale dans ses plus minutieux détails. Ce volume, ayant servi de thèse inaugurale à l'auteur, est sans rival dans la littérature médicale par son ensemble. Quantité du chloroforme, manière de l'employer, indications et contre-indications, avantages et précautions, accidents à prévoir, effets consécutifs sur l'enfant et la mère, tout est indiqué. C'est le vade-mecum de tous les médecins qui se livrent aux accouchements.

Accouchement prématuré artificiel. Il est si peu en honneur en Italie dans le cas de rétrécissement du bassin que Chiara, lui préférant la céphalotripsie, à la Maternité de Milan, a pu dire récemment qu'il est sur son déclin, s'il n'a déjà parcouru entièrement sa parabole. Il est vrai que, de 1855 à 1878, il a donné une proportion de 22 à 23 0/0 de mortalité dans cet hôpital.

Le professeur Belluzzi, réagissant contre cet arrêt, montre par sa statistique qu'il est loin de mériter cette condamnation. Sur 112 cas où il a eu à l'appliquer de 1860 à 1882, soit à la Maternité de Bologne, soit dans sa clientèle privée, il n'a eu à déplorer que 6 fois la mort de la mère, dont 3 sur 38 dans la pratique civile et 3 sur 64 à la Maternité. C'est le contraire pour les enfants. La pratique civile donne de bien meilleurs résultats. Sur les 64 accouchements de la Maternité, il y eut 57 fœtus nés vivants. Un mois après, il en restait encore 29 à 30. La céphalotripsie a donné au contraire 17,6 0/0 de femmes mortes, tandis qu'elles sont seulement de 4,44 à Bologne. La proportion de 53 à 54 0/0 de mortalité de l'enfant ici était de 76 et plus dans la pratique de MM. Porro et Chiara. En s'en tenant à cette

statistique, la preuve est donc en faveur de l'accouchement prématuré, quel que soit le procédé adopté pour l'extraction du fœtus. (*Acad. des sc. de Bologne*, 8 avril.)

ACIDE PHÉNIQUE. *Intoxication lente.* On sait que cet acide est toxique, et son emploi fréquent, interne et externe, en a rendu les cas d'empoisonnement aigu assez communs pour que les signes en soient bien connus : refroidissement, perte des forces, ralentissement de la respiration et mort rapide, avant que le caractère noirâtre des urines, résultant de son élimination, ait pu être vérifié, contrôlé. Ceux de son intoxication lente, produits souvent par une susceptibilité individuelle, impossible à prévoir, le sont beaucoup moins. Des malheurs sont ainsi résultés de son emploi à des doses irréprochables. Des lavages excessifs, des injections, des lavements, des tampons abandonnés dans des cavités ont ainsi déterminé des accidents. D'où la nécessité de ne jamais se servir de cet agent qu'à faible dose au début, chez les sujets n'en ayant jamais fait usage et dont on ne connaît pas la tolérance, chez les enfants en particulier; 25 centigrammes ont suffi chez un garçon de 6 ans pour déterminer un empoisonnement complet. Il faut donc tâter le sujet par des doses progressives.

L'impureté de cet acide est une autre cause de danger, surtout pour l'usage interne. Cristallisé même, il peut contenir des impuretés très toxiques. Le phénol absolu en est seul exempt. Son goût moins désagréable devrait ainsi le faire préférer pour se mettre à l'abri de tout danger; autrement, une intoxication lente, imprévue, est toujours à redouter, et d'autant plus dangereuse que les signes en sont inconnus même pour beaucoup de médecins.

Elle se manifeste, d'après le docteur J. Lucas-Championnière, par un état ressemblant à l'embarras gastrique fébrile : céphalalgie pénible, état saburral de la langue, abattement extrême. La langue, blanche, devient ensuite rouge et sèche. La fièvre s'allume, et la température peut ainsi s'élever de 39 à 40 degrés chez des convalescents. La gastralgie s'ensuit communément, même avec l'usage externe. Un état de malaise et d'irritabilité extrême s'y joint ordinairement. Moins caractéristiques que dans l'intoxication aiguë, les urines, au lieu d'être noires, ne sont que

d'un brun verdâtre. Elles contiennent le corps du délit.

Ces accidents ont été observés chez des femmes en couches, soumises aux injections phéniquées, avec fièvre assez intense pour simuler la septicémie. Des compresses sur la peau avec une solution au 40e ont déterminé une sorte d'embarras gastrique. L'injection d'un vaste abcès de la fosse iliaque avec une solution au 50e le détermina de même.

Les grands lavages phéniqués après les grandes opérations abdominales, comme l'ovariotomie, la laparotomie, sont surtout à redouter à cet égard. Les urines noirâtres se montrent ainsi après trois à quatre jours par l'absorption cutanée de ces énormes carapaces de gaze phéniquée, appliquées et maintenues serrées sur la peau. L'usage banal aujourd'hui des préparations phéniquées pour usage externe rend ainsi ces accidents très fréquents, surtout après les brûlures. De l'embarras gastrique et des vertiges apparaissaient chez un brûlé, chaque fois qu'il se pansait avec une spécialité de ce genre.

Les injections vaginales phéniquées présentent surtout de graves dangers, comme le docteur Kelly l'a constaté, aux États-Unis, chez les femmes qui les emploient pour prévenir la génération. Une prostituée accusait une grande irritabilité douloureuse de l'estomac, avec mal de tête violent, peau froide, pouls petit, diarrhée légère. C'était un prophylactique employé dans sa maison contre la contagion vénérienne. Il suffit de cesser ces injections pour faire disparaître les accidents. Une mère de cinq enfants les présenta de même, ainsi qu'une jeune femme, en employant jusqu'à 120 grammes par semaine. La séparation accidentelle du mari, en y mettant fin, amena la guérison spontanée. (*Columbus med. journ.*, n° 4.)

La suppression immédiate de l'acide suffit lorsque les accidents sont légers. Autrement, il faut réchauffer extérieurement les malades et administrer des boissons chaudes alcoolisées. Des évacuants sont ensuite nécessaires. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, octobre.)

Inhalations d'oxygène. Chez une enfant ayant avalé par erreur une quantité indéterminée d'acide phénique, le docteur de La Bate la trouva, peu d'instants après, toute cya-

nosée, la bouche pleine d'écume, avec respiration précipitée et pouls incomptable ; insensibilité complète. Heureusement, deux sacs d'oxygène se trouvaient là par hasard. On le fit respirer avec le tube inhalateur Limousin, et les premières inspirations amenèrent un mieux sensible dans tous les phénomènes morbides. Mais les deux sacs épuisés n'avaient pas suffi, et, malgré l'emploi du marteau de Mayor et des sinapismes, l'insensibilité reparaissait, lorsqu'un troisième sac d'oxygène arriva. L'enfant reprit bientôt connaissance, et la guérison s'ensuivit rapidement, sans que ce soit là un contrepoison. Le succès obtenu mérite d'attirer l'attention sur ce moyen. (*Bull. de thér.*, novembre.)

ADÉNOMES. *Injections d'acide phénique.* Dans la période inflammatoire des adénites simples, comme dans les bubons, Taylor, de l'armée des Etats-Unis, ne craint pas de pratiquer ces injections tant que la suppuration n'est pas établie. Une solution de 20 centigrammes pour 30 d'eau est injectée dans l'intérieur du ganglion enflammé. La cessation immédiate de la douleur et du processus inflammatoire, suivie d'une guérison très prompte, en sont les conséquences ordinaires. Il faut la répéter en cas de besoin. (*The amer. journal of med. sciences*, 1882.)

Végétations adénoïdes du pharynx. Tumeurs molles, de forme et de volume variés, résultant de l'hypertrophie du tissu adénoïde et faisant saillie dans le pharynx nasal. Le docteur Meyer en distingue deux variétés. Dans l'une, la plus commune, elles sont disséminées et occupent la paroi postérieure près de la voûte ; cylindriques dans la seconde, elles siègent sur les côtés de la cavité, sans rapport marqué avec l'amygdale pharyngienne.

L'origine parfois congénitale et le plus souvent constitutionnelle peut tenir à une irritation locale ou à certains exanthèmes. Elles se décèlent par la difficulté ou l'impossibilité de la respiration nasale, la raucité de la voix et la gêne de la respiration, absolument comme dans un rhume de cerveau très intense. La surdité en est souvent la complication ; les enfants et les adultes de six à dix-neuf ans y sont les plus exposés.

On constate la présence de ces excroissances par l'examen

direct. La palpation avec le doigt en est le plus sûr moyen. La rhinoscopie postérieure peut être nécessaire. Le traitement consiste dans des injections nasales d'eau salée, suffisant parfois à l'affaissement de ces végétations, si on les fait avec persévérance. Autrement, il faut s'en débarrasser par l'excision ou le grattage avec l'ongle, sinon la cautérisation avec le thermo-cautère. Leur pincement a parfois suffi ; mais un nombre répété de séances est toujours nécessaire. La bouche ou les narines servent à cet effet. L'ablation par l'anesthésie est le plus radical, mais aussi le plus difficile et dangereux. On emploie simultanément les remèdes nécessaires contre la diathèse existante.

Une fille de dix-neuf ans, pouvant à peine respirer par le nez, aminci et déprimé latéralement, avec la voix morte et la prononciation nasillarde, présenta à la palpation une grande quantité d'excroissances adénoïdes vers la voûte du pharynx. Les injections n'étant pas praticables, une simple étreinte avec les pinces de Catti enlevait une masse considérable de ces végétations. Plusieurs séances répétées et l'usage du galvano-cautère ensuite suffirent à la débarrasser complètement en deux mois. (*British med. journ.*, août 1882, et *Ann. des malad. du larynx*, mai.)

Des végétations adénoïdes du pharynx nasal, thèse inaugurale, par le docteur Peisson, Paris, 1883. Les rapports de ces lésions avec la surdi-mutité native ont dirigé l'auteur dans leur traitement comme le plus sûr moyen de prévenir celle-ci. C'est à ce point de vue spécial qu'il les a considérées. L'examen d'une centaine d'élèves de l'Institut des sourds-muets lui a montré que plus de la moitié avaient des hypertrophies adénoïdes dans le pharynx. C'est donc en les traitant activement dès leurs premières manifestations que l'on pourra prévenir cette grave complication de la surdi-mutité, qui, loin d'être toujours congénitale, ne l'est que dans un cinquième des cas, d'après les auteurs compétents. Une bouche ouverte, de la difficulté à téter, une respiration bruyante pendant la succion, des ronflements nocturnes, suffisent à attirer l'attention sur ces végétations adénoïdes.

Adénopathie topographique chez les enfants. Les ganglions lymphatiques de la tête et du cou forment, suivant

la disposition anatomique commune, des groupes protégés par les aponévroses et plongés dans une gangue cellulo-adipeuse au voisinage des vaisseaux sanguins. Disposés symétriquement par rapport à un plan médian, ceux dont la connaissance est le plus utile aux cliniciens sont : les sous-occipitaux, au nombre de deux ou trois, fort petits et aplatis, reposant sur la partie la plus élevée du grand complexus ; ils communiquent avec le groupe mastoïdien inférieur ; — les mastoïdiens et parotidiens, situés en avant et en arrière de l'oreille ; — les sous-maxillaires, disposés en chapelets sous le peaucier, en rapport avec les lymphatiques des lèvres, des narines et des gencives ; — les sus-hyoïdiens, appliqués à égale distance de l'os hyoïde et du menton, correspondant au réseau lymphatique de la lèvre inférieure.

Par leur gonflement et leur douleur, ils peuvent déceler la source de l'affection qui les détermine ; c'est le diagnostic par l'adénopathie, ainsi tracé par le professeur Parrot : Les affections du cuir chevelu, qu'elles soient déterminées par les parasites ou une éruption essentielle, comme l'eczéma, l'impétigo ou toute autre, peuvent retentir sur tous les ganglions précédents, à l'exception des sous-occipitaux. Ceux de l'atmosphère parotidienne sont influencés par les poussées du front, des joues, du conduit auditif et du pavillon de l'oreille. L'adénopathie est rétro-maxillaire quand le mal est dans le sillon de l'oreille.

Les manifestations syphilitiques ayant lieu particulièrement au pourtour des orifices de la face : les narines et les lèvres, les ganglions lymphatiques correspondants n'en sont que peu atteints dans la syphilis héréditaire. Mais il en est autrement dans la syphilis acquise, comme les exemples n'en sont pas rares par les chancres ou les fissures des lèvres.

Toutes les angines retentissent sur les ganglions lymphatiques, le groupe rétro-maxillaire en particulier.

L'adénopathie rétro-cervicale, celle des ganglions les plus élevés surtout, est presque toujours le témoin d'un impétigo du cuir chevelu, pédiculaire ou non. De petites plaques isolées suffisent à la déterminer.

L'adénopathie rétro-maxillaire dénote surtout des affections de la muqueuse bucco-pharyngienne et principalement celles des amygdales.

L'adénopathie parotidienne appellera l'attention sur le front, les paupières, les joues et le pourtour des narines; la sous-maxillaire, sur les joues et la surface externe des lèvres; la sus-hyoïdienne, sur la peau du menton et la région médiane de la muqueuse du limbe buccal.

Les oreillons, par leur siège devant le pavillon de l'oreille, leur empâtement et leur forme, ne peuvent être confondus avec l'adénopathie cervico-faciale. Ce n'est qu'en envahissant les glandes sous-maxillaires qu'ils peuvent donner lieu à confusion. (*Revue de méd.*, avril.)

Adénopathies syphilitiques. Elles se manifestent surtout chez les enfants, en raison de la prédominance lymphatique à cet âge. Après en avoir tracé l'historique, M. Doyen rapporte quatre observations, recueillies à l'hôpital de la Charité, sur des nouveau-nés présentant la pléiade ganglionnaire, cervicale, axillaire, ou dans l'aine et principalement le mésentère. Contrairement à l'opinion de M. Parrot, admettant que ces adénites externes résultent surtout de l'irritation produite par les éruptions cutanées, il montre qu'elles n'en dépendaient pas dans les cas dont il s'agit. Les adénopathies profondes n'ont pas paru davantage sous l'influence de l'irritation des organes voisins.

Au milieu du tableau symptomatique des enfants syphilitiques, si bien peint par Trousseau, il y aurait donc à ajouter, comme signe distinctif, les ganglions hypertrophiés dans les régions cervicale, sous-maxillaire, axillaire et inguinale. Le ventre est volumineux, et l'on peut reconnaître pendant la vie l'augmentation de volume des ganglions mésentériques. Ces adénopathies spécifiques se distinguent, par leur volume plus petit, des ganglions malades consécutivement à l'irritation des réseaux cutanés et des hypertrophies ganglionnaires de la scrofule. Elles sont sans adhérences cutanées et ne tendent pas à la suppuration. Le pronostic en est toujours grave, car cette altération des glandes lymphatiques est souvent le précurseur de la mort. Aucun de ces enfants n'a ainsi survécu à cette manifestation syphilitique, comme 8 exemples en sont rapportés. (*Archiv. de méd.*, juin.)

ALBUMINURIE. Etudiée au point de vue expérimental et clinique par le professeur Semmola, de Naples, cette

manifestation pathologique est susceptible d'une interprétation nouvelle. Il n'a pas retrouvé seulement l'albumine dans l'urine, mais dans toutes les autres sécrétions : salive, sueur et même la bile. Cette maladie n'aurait donc pas, d'après lui, son origine dans une altération organique du rein, mais dans un vice de nutrition générale qui, en rendant les substances albuminoïdes inassimilables, déterminerait leur élimination par différents émonctoires. La lésion constante du rein serait alors non plus la cause, mais l'effet même de la maladie, par le passage continuel d'une urine altérée par l'albumine même.

Cette dernière proposition est démontrée en rendant des animaux albuminuriques par l'injection de liquides albumineux sous la peau. L'urine devient alors albumineuse et revêt bientôt tous les caractères de la maladie de Bright. Ce serait en un mot une dyscrasie ou maladie générale, le résultat d'une cachexie avant d'être une affection locale. En injectant l'albumine sous diverses formes dans les vaisseaux des animaux, on produit l'albuminurie avec toutes les lésions rénales se rencontrant aux diverses phases de la maladie de Bright. (*Acad. de méd.*, juin.)

Assurément cette interprétation n'est pas nouvelle et ne peut servir de leçon qu'aux localisateurs à outrance.

Supériorité de l'acide picrique comme réactif. Voy. URINES.

Traitement hygiénique. Aucun médicament n'ayant une action directe contre ce syndrome, l'iodure de potassium excepté, Senator recommande de s'en tenir à l'usage des viandes blanches, les poissons, les végétaux frais, le lait, les eaux alcalines, le séjour prolongé au lit, l'abstention des exercices musculaires et le séjour dans le midi de la France ou en Egypte. (*Wiener med. Press*, 1882.)

Albuminurie nerveuse. Les *excitations cutanées* pratiquées sur l'homme et les animaux, comme le vernissage, la faradisation, les frictions, la réfrigération et la calorification, ont amené une albuminurie passagère, qui n'existait pas auparavant. Les galeux soumis à la *frotte*, à l'hôpital Saint-Louis, des malades frictionnés ou électrisés pour diverses affections, l'usage des douches froides, l'ont aussi détermi-

née. Elle persiste même avec l'excitation et peut ainsi s'implanter définitivement par l'altération du rein.

Un trouble moteur réflexe de la peau, retentissant sur les viscères et notamment le rein, en serait la cause, par la congestion de cet organe. D'où le nom imposé à cette variété et analogue, par conséquent, à celle que produit la piqûre du quatrième ventricule. (*De l'albuminurie consécutive aux excitations cutanées*, thèse inaugurale, par Kemhadjiam Mihran, Paris, 1882).

Albuminurie gravidique. *Accouchement prématuré suivi de guérison.* Les prescriptions de M. Tarnier à ce sujet sont encore loin d'être acceptées, et beaucoup de médecins hésitent à intervenir activement en pareil cas. Un succès ayant justifié la conduite opposée du docteur Fiessinger (de Thaon) mérite d'être signalé pour servir d'encouragement.

Une petite femme, nerveuse, délicate et anémique, de 23 ans, primipare, éprouve une grande frayeur au milieu du sixième mois de sa grossesse, avec sueurs et refroidissement. Elle est enflée dès le lendemain, et une albuminurie de 8 grammes par litre d'urine est constatée peu de jours après. Malgré la diète lactée rigoureuse, les accidents augmentent : surdité, trouble de la vue, dyspnée, menace d'éclampsie.

Au huitième mois, l'accouchement artificiel est provoqué. Expulsion en vingt-quatre heures d'un garçon vivant. Aucun accident consécutif; mais l'albuminurie augmente avec l'urine. L'alimentation ordinaire est reprise, et l'albuminurie cesse du jour au lendemain un mois après. Guérison parfaite.

Que ce soit la pression du sang par le fait de la grossesse ou de la néphrite qui entretienne l'albuminurie en pareil cas, suivant la théorie et les expériences de Runeberg, cet exemple n'est pas moins à suivre, malgré toutes les oppositions que l'on peut faire en faveur de l'expectation dans un cas aussi grave. Si, par crainte de déterminer l'éclampsie, on la laisse se déclarer, où sera le bénéfice ? Il est bien plus rationnel et pratique de tenter au moins de la prévenir, en mettant fin à la grossesse. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 18.)

Albuminurie syphilitique. Les affections virulentes, spécifiques, étant devenues de simples maladies infectieuses, de

par la microbiatrie régnante, on a cherché si la syphilis produisait sur le rein des manifestations comme la fièvre typhoïde. Non la syphilis tertiaire, dont l'action sur diverses néphropathies chroniques : sclérose et dégénérescences, n'est plus à démontrer ; mais la syphilis secondaire dans ses manifestations les plus précoces. Autant par induction que par observation, l'albuminurie syphilitique s'est ainsi découverte, et, les cas se multipliant, on en a fait bientôt un de ses symptômes marquants. Le docteur Négel, en ayant recueilli jusqu'à 20 exemples, fait une nouvelle espèce de cette maladie.

D'après cet auteur, la production de l'albuminurie et des phénomènes brightiques serait parallèle aux accidents secondaires, et c'est en combattant ceux-ci par des spécifiques que l'on en obtiendrait la disparition. Dans un cas de Martinet, par exemple, un mal de Bright, coïncidant avec une poussée de syphilis secondaire, a guéri par la médication mixte, alors que le régime lacté avait échoué. En effet, par l'association de l'iodure de potassium au mercure, on arrive à enrayer le mal.

L'étiologie seule différencie cette albuminurie de toutes les autres : d'où l'importance de la rechercher ou la connaître pour appliquer le traitement spécifique. L'albuminurie aiguë avec néphrite parenchymateuse et son cortège habituel de malaise général, douleurs de rein, hématurie, anasarque généralisée, troubles du sensorium, peuvent en être la conséquence. Elle peut même passer à la chronicité, si la cause est méconnue et le spécifique non employé. La rareté de la mort n'a pas permis encore d'en découvrir les lésions.

Que la syphilis agisse par l'altération primordiale du sang et en particulier de ses globules ou ses principes albuminoïdes, ou par la migration à travers le rein de ses microbes spécifiques, toujours est-il que l'albuminurie se produit et qu'en la combattant par le traitement voulu on n'est pas plus à l'abri de sa récidive que de la syphilis elle-même. (*Thèse inaugurale*, 1882.)

Cette albuminurie favorise la suppuration, et l'on voit souvent alors les adénites syphilitiques se transformer en bubons suppurés ; mais cette complication, par sa tendance curative, est d'un pronostic favorable.

Des objections ont été faites à l'emploi du traitement mercuriel. Par crainte de l'action du mercure sur le rein et son défaut d'élimination, M. Hardy se borne au régime lacté. Mais cette néphrite spécifique étant très superficielle et le mercure à dose thérapeutique étant sans influence sur l'albuminurie, d'après MM. Fournier et Gailleton, le traitement spécifique semble devoir être continué. La disparition rapide de l'albumine et des accidents concomitants, comme dans les faits précédents, en est une indication précise. (*Thèse inaugurale*, par le docteur Cohadon, in-8° de 75 pages, Paris.

ALIÉNATION MENTALE. La question des aliénés domine aujourd'hui celle de leurs maladies, tant leur nombre s'accroît, ainsi que leurs dangers, leurs crimes. D'où la statistique générale qui vient d'en être faite en vue de réformer leur régime, et les mesures préventives qui se préparent contre les plus dangereux.

Le nombre total des aliénés en France, renfermés dans les 103 asiles spéciaux, s'élevait à la fin de 1882 au chiffre énorme de 43 434, dont 10 184 avaient été admis pour la première fois dans l'année et 598 réintégrés après évasion ou sortis avant guérison. 56 760 : 26 636 hommes et 30 104 femmes, avaient été traités dans le courant de l'année, avec une durée moyenne de 276 jours des hommes et de 295 des femmes.

Classés en quatre catégories distinctes, d'après leur genre de folie, ces malades sont dans les proportions suivantes avec la durée relative de leur traitement :

Folie simple	33,629	287 jours en moyenne.
Folie paralytique.....	8,665	250 —
Démence sénile	4.495	280 —
Idiotisme et crétinisme....	5,377	298 —

Des 103 asiles contenant ces malades, 61 sont publics et 42 privés, 9 sont consacrés exclusivement aux hommes et 14 aux femmes. Tous les autres sont mixtes. 24 départements en sont encore dépourvus.

A l'asile de Maréville, l'un des plus considérables et peuplés, 1 810 malades : 923 hommes et 890 femmes, ont été traités en 1882, dont 397, y compris 35 réintégrations

par rechute ou évasion, admis dans le cours de l'année, au lieu de 383 en 1881. 1 549 restaient en traitement au 31 décembre, classés dans l'ordre suivant :

Folie simple	1,127 cas.
Folie compliquée d'épilepsie	106 —
Folie paralytique	37 —
Démence sénile	52 —
Idiotisme et crétinisme	227 —

87 malades : 54 hommes et 33 femmes, sont sortis guéris ou très améliorés, contre 137 décès, soit une proportion de 7 pour 100. Elle était de 9 pour 100 dans les dix années précédentes. La folie paralytique et la démence sénile sont les principales causes de la mortalité.

De 505 721 journées de malades en 1881, le nombre s'en est élevé à 540 546 en 1882, soit une moyenne de 1 480 malades par jour. L'établissement peut en contenir 1 600 dans les meilleures conditions hygiéniques. Le département local de Meurthe-et-Moselle n'en compte que 481. (*Rapport sur l'asile public d'aliénés de Maréville*, par M. Mirepoix, directeur, et *Revue méd. de l'Est*, novembre.)

Séquestration des aliénés criminels. Deux attentats survenus cette année à Paris tendent à montrer l'urgence de cette mesure. Un ancien aliéné a failli tuer trois personnes sur le boulevard des Italiens, et un autre, Chabert, a tiré à bout portant, dans le dos du docteur Rochard, un coup de revolver chargé à balle. C'étaient des récidivistes, qui, déjà internés, s'étaient évadés ou avaient paru guéris. D'où la demande faite par le docteur Billod que des asiles spéciaux soient créés pour leur séquestration, comme en Angleterre et en Amérique. Les aliénés criminels ou alcooliques sont surtout menacés de récidive et poussés à commettre de nouveaux crimes dès qu'ils sont en liberté. Lasègue a rapporté l'histoire d'un malade séquestré à 23 reprises différentes, quoique considéré comme guéri à chaque sortie. En laissant toute la responsabilité de cette libération au médecin de l'établissement, le danger est d'autant plus grand que beaucoup d'aliénés parfaitement guéris dans l'asile retombent malades par le seul fait de leurs

conditions d'existence en liberté. Une discussion publique est ouverte à cet égard. (*Acad. de méd.*)

Contre-indication du divorce. De nouvelles guérisons ont été rapportées à l'appui de l'opinion du docteur Blanche à cet égard. Le docteur Giraud, médecin de l'asile de Fains (Meuse), relate 9 cas de folie aiguë, manie ou lypémanie, dont la guérison, prouvée autant qu'elle peut l'être par la sortie de l'asile sans retour ultérieur, a été obtenue après cinq à seize années de traitement. Le docteur Sizaret, de Maréville, relate également la guérison d'un lypémaniaque après huit années.

Ces faits offriront encore longtemps sans doute, outre leur réel intérêt scientifique, une autre utilité : la loi sur le divorce n'est-elle pas toujours en instance devant nos Chambres? Les aliénistes peuvent dresser en paix leurs statistiques. (*Ann. méd.-psychol.*, janvier.)

Influence curative de la fièvre typhoïde. Aux deux exemples cités l'année dernière, le docteur Campbell ajoute la statistique suivante. 22 aliénés ayant été atteints, durant l'épidémie qui a sévi à l'asile de Durham, un seul succomba. Il y eut 5 cas légers, 7 graves et 9 de moyenne intensité. Des 21 guéris, 10 l'ont été en même temps de leur folie, notamment une maniaque aiguë depuis plusieurs mois. L'influence de cette fièvre paraît donc décisive. (*Brain*, juillet 1882.)

Curabilité aux États-Unis. Dans son dernier rapport pour 1882 sur l'asile d'aliénés de Northampton, le docteur Earle, continuant ses intéressantes recherches à ce sujet, arrive à cette conclusion : que la prétendue curabilité de l'aliénation mentale a été pratiquement infirmée par une expérience plus étendue et que la proportion des guérisons dans les asiles a été constamment en diminuant depuis vingt ans.

Au contraire, le docteur Park, dans son rapport de l'asile de Worcester, montre que, sur 669 aliénés des deux sexes sortis comme guéris, il y eut 289 récidives et 30 suicides; 197 étaient morts sans trace d'aliénation, et la guérison persistait chez 153 vivants. C'est donc une proportion plus

que double des guérisons. Quoi qu'il en soit de cette statistique, quant à l'espérance plus ou moins fondée de voir diminuer l'aliénation mentale, l'auteur pense qu'il faut compter plutôt sur sa prévention que sur sa guérison. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 16.)

Le Congrès de l'Etat de Californie a voté une loi concernant les assassins invoquant l'aliénation mentale comme défense. Quiconque plaide ainsi devra être examiné, sans avoir égard au crime dont il est accusé. S'il est reconnu sain d'esprit, il est jugé comme assassin, et sa fausse allégation est traitée comme une aggravation de son crime. S'il est reconnu aliéné, il est envoyé dans un asile à perpétuité, afin de ne plus pouvoir nuire à personne. Si cependant on découvre ensuite que la folie était simulée, il est repris et jugé sur l'accusation primitive. C'est un exemple à suivre pour les législateurs français, beaucoup trop indulgents à cet égard. (*Boston med. and surg. journ.*)

La pathologie de l'esprit, par Henry Maudsley, professeur au collège de l'Université de Londres; traduit par le docteur Germont; un vol. in-8° de 600 pages. Librairie *Germer Baillière et Cie*, Paris.

Comme son titre, ce livre est conçu et exécuté d'une manière originale; il a quelque chose de vague, d'indécis, de généralisé et d'indéfini qui le distingue de la facture française des autres traités sur la folie. Sa division spéciale et sa traduction littérale, en caractérisant bien le genre anglais aux longues périodes et aux détails minutieux, marquent surtout une profonde différence avec notre cachet national. Une certaine confusion en résulte ainsi dans les matières, et, la profondeur du sujet aidant, la lecture ou plutôt la méditation de ce volume en est rendue un peu laborieuse. Heureusement, le profit qu'on en retire compense cet inconvénient; mais il est bon d'en être prévenu pour le surmonter.

L'ouvrage débute par une sorte de prologue sur le sommeil et les rêves, l'hypnotisme, le somnambulisme et les états analogues; le spiritisme, en particulier, est traité comme il convient. Découverte récemment, la suggestion hypnotique à l'état de veille ne peut y figurer. (V. HYPNOTISME.) Elle eût pu fournir néanmoins des éclaircissements

à l'exploration de l'étiologie de la folie, qui vient ensuite. Ce préambule est une analyse approfondie du rôle de l'esprit dans ces divers états, où chacun peut se reconnaître par la réalité et la diversité de l'observation.

Trois chapitres successifs, sans aucune division ni séparation, sont consacrés aux causes de la folie et aux moyens de la prévenir, sous cet unique titre. Au lieu de s'attacher aux causes apparentes, tangibles, prochaines ou immédiates, l'auteur considère l'hérédité morbide comme la principale et la cherche dans les mariages consanguins et les diverses autres conditions de la vie, individuelles ou sociales, originelles et constitutionnelles, examinées amplement. L'influence religieuse est surtout l'objet de considérations intéressantes chez les deux sexes, de même que celle de l'éducation. Les plus grands développements sont donnés à ce sujet, tandis que l'âge, la profession, l'état civil, le sexe sont signalés en passant.

Toutes les causes pathologiques sont renfermées dans les différences congénitales de la constitution des centres nerveux supérieurs, la quantité, la qualité et la distribution du sang, la sympathie ou l'irritation réflexe, l'activité fonctionnelle excessive, les blessures et les altérations du cerveau. Sous ces cinq rubriques différentes se trouvent réunis et classés tous les principaux faits cliniques observés ou recueillis par l'auteur, pouvant s'y rapporter. Une conclusion devient ainsi nécessaire pour mettre en évidence les points principaux de cette longue dissertation, occupant à elle seule le tiers de l'ouvrage. C'en est la partie capitale, d'où il résulte que les causes occasionnelles, passagères de la folie sont toutes contingentes ou accessoires par rapport à l'hérédité, l'organisme et la constitution. C'est sous le titre de groupes cliniques des maladies mentales que sont décrites séparément la paralysie générale des aliénés et les folies épileptique, de la puberté, de la masturbation, hystérique, puerpérale, de la ménopause, sénile, des phtisiques, syphilitique, alcoolique, comme autant de formes spéciales et distinctes.

Est-ce à dire qu'en se distinguant par leurs causes directes, accidentelles, ces formes ne puissent relever aussi de l'hérédité, de l'organisme et de la constitution ? Nullement. Le rôle prépondérant de ceux-ci est toujours sous-entendu;

l'auteur a pris soin d'en prévenir dans sa préface, et c'est pourquoi, après un long chapitre sur la folie chez l'enfant suivant immédiatement cette étiologie générale, la symptomatologie vise exclusivement la folie affective, instinctive ou la folie sans délire et toute morale; la folie intellectuelle, comprenant la mélancolie, la manie et la monomanie, la démence; l'imbécillité et l'idiotie viennent ensuite. Elle précède ainsi, en deux chapitres, l'étiologie et la symptomatologie des formes accidentelles et spéciales.

Pourquoi cette distinction fondamentale du livre? Si les premières dépendent essentiellement de l'hérédité et de la constitution organique, ne sont-elles pas aussi parfois sous l'influence de causes accidentelles, de même que les secondes? Elles ne s'excluent donc pas plus par leurs causes que par leurs effets, ni même leur traitement et souvent leur incurabilité. Si la démence sans cause apparente doit être cherchée dans l'hérédité, la constitution physique ou morale de l'individu, et s'y trouve fatalement, l'âge et une foule d'infirmités analogues n'engendrent-ils pas la folie sénile, qui y ressemble à s'y méprendre, sauf l'âge? Et l'onanisme comme la syphilis et l'alcoolisme ne sont-ils pas souvent les seules causes déterminantes de la manifestation d'une hérédité organique latente qui, sans eux, eût sommeillé indéfiniment?

Il y a donc de l'arbitraire dans cette distinction, et c'est là ce qui nous a frappé. Elle est le cachet de l'ouvrage, sa différence essentielle et en forme le caractère philosophique. Nos remarques sont ainsi justifiées par ces détails. Les différentes parties du livre sont comme des dissertations isolées. L'anatomie pathologique et le traitement, formant les deux parties terminales, se relient seules à l'ensemble.

La prophylaxie de la folie héréditaire consiste à vivre le moins possible de la vie de l'esprit; son excès d'exercice ou de dépense en détermine ordinairement la faillite. De même qu'il est facile d'éviter sûrement la folie de parents alcooliques en se gardant de boire, il faut se défendre de penser trop activement et de mettre son intelligence à contribution. Dans les deux cas, le remède est dans la mesure; c'est en alliant le travail du corps à celui de l'esprit, et en donnant même le dessus au premier, que l'on préviendra la perte de la raison.

ALIMENTATION ARTIFICIELLE. Une véritable industrie thérapeutique existe actuellement à cet effet. Après tous les efforts et les abus accomplis pour l'emploi des toniques et des ferrugineux, des fortifiants et des reconstituants de toute sorte contre la faiblesse, l'anémie, la chlorose, seules ou alliées, qui paraissent être les maladies dominantes des générations actuelles, on en revient à l'alimentation. On a compris qu'il fallait rendre les organes digestifs à leur rôle naturel et que c'était encore la voie la plus sûre pour donner la force et la santé en reconstituant le sang et l'organisme tout entier. Les éléments nutritifs ont d'abord été administrés dans leur état de simplicité, comme le lait et les œufs. Le sang et la viande crue, pilée ou hachée, ont été pris directement ou enrobés dans un condiment quelconque, sous forme liquide ou solide. Vins, élixirs, sirops et pâtes en ont été les excipients les plus usités.

La difficulté était de faire avaler ou déglutir ces aliments sous forme de médicaments plus ou moins nauséabonds. Elle a heureusement suggéré l'idée de les faire parvenir directement dans l'estomac, et le tube mou de Faucher a été aussitôt réalisé pour satisfaire à cette indication. Le mélange de ces éléments nutritifs : viande, sang, œuf et lait, put dès lors être préparé *secundum artem* pour les ingérer directement dans l'estomac sans difficulté, ni dégoût, ni vomissement. De là les tentatives faites aussitôt pour traiter certains malades par l'alimentation forcée ou gavage. Les résultats remarquables obtenus contre l'amaigrissement, la consomption surtout ont décidé du succès de cette méthode. De là sa vogue actuelle. V. PHTISIE.

On peut s'étonner qu'un malade sans appétit, et frappé parfois d'une anorexie absolue, digère parfaitement des doses considérables d'aliments ainsi préparés; mais il est bien plus surprenant encore qu'en peu de jours l'appétit revienne. Cette preuve scientifique du proverbe vulgaire : « L'appétit vient en mangeant, » se confirme tous les jours. Il n'est pas rare que des malades restés depuis plusieurs jours sans manger, après un repas artificiel à la sonde le matin, ne sentent bientôt la faim et réclament le repas du soir. Ce procédé artificiel devient ainsi un excellent apéritif, par l'influence peptogène de la viande sur l'estomac.

Depuis ces succès thérapeutiques, c'est à qui réussira le

mieux dans la préparation et le mélange de ces éléments nutritifs du sang et de la viande, sous la forme la plus concrète et assimilable pour les faire absorber plus facilement. Des poudres de viande et de sang desséché existent en quantité dans le commerce, et c'est devant la difficulté d'en préciser la valeur qu'il peut être utile d'en faire connaître quelques formules soumises à l'appréciation des sociétés savantes.

Sang de bœuf desséché. La poudre en est considérée comme aliment et comme médicament par le docteur Laborde. Il l'a employée avec un réel succès à la dose de deux cuillerées à café par jour chez une jeune fille atteinte de chloro-anémie grave; chez une femme dyspeptique, dont l'estomac ne pouvait garder aucun aliment; chez un homme présentant, depuis plusieurs années, des troubles fonctionnels de la moelle, chez lequel la dénutrition était si rapide qu'en quelques jours il perdait de cinq à dix livres; chez plusieurs malades dont l'anémie avait été déterminée par la grossesse ou par des hémorrhagies *post partum*.

Elle convient parfaitement dans tous les cas de convalescence où, à la suite de maladies graves, la nutrition a subi de profondes atteintes. Employée également avec succès pour l'alimentation des enfants, soit à l'état pathologique, soit à l'état physiologique. Préparée par le procédé perfectionné de M. Regnard, elle contient 3 gr. 67 de fer et 132 gr. 4 d'azote pour 1000 grammes.

Des échantillons de granules et de chocolat préparés avec ce sang ont été présentés par M. Dautreville. Chaque cuillerée à soupe de granules contient 50 grammes de sang, et le chocolat en renferme le cinquième de son poids. (*Soc. de biol.*)

De l'emploi physiologique et thérapeutique de la poudre hématique ou poudre de sang de bœuf, par le docteur Guerder, lauréat de l'Académie de médecine; brochure in-8° de 23 pages, Paris. Sorte de prospectus scientifique sur la préparation, la composition et l'administration de cette poudre, avec observation de ses succès à l'appui. Mais il résulte des expériences, d'après un rapport de M. Riche à l'Académie de médecine le 15 mai, que tous ces produits que

l'on cherche à introduire dans l'alimentation ne sont pas aussi facilement digestibles que la viande fraîche. Les falsifications en sont d'ailleurs beaucoup trop fréquentes, et la fécule, l'amidon, la subérine et jusqu'à la sciure de bois s'y sont rencontrés.

Poudres de viande. Elles ont le plus de succès aujourd'hui. L'examen microscopique y décèle des parcelles de fibrille musculaire intactes, et l'albumine n'est pas coagulée par la température nécessaire à sa dessiccation. Leur peptonisation en est plus rapide que celle de la viande crue, d'après les expériences de digestion artificielle. M. Dujardin-Beaumetz la considère actuellement comme le meilleur procédé d'alimentation d'un grand nombre de malades phtisiques, dyspeptiques, albuminuriques, cachectiques. Voici la formule qui sera le mieux acceptée, toute odeur ou toute saveur désagréable ayant entièrement disparu :

On verse dans un bol deux cuillerées à soupe de poudre de viande et une égale quantité de sirop de punch ; on mélange alors intimement, de façon à obtenir une pâte à laquelle on ajoute du lait froid en proportion variable, suivant que l'on désire une préparation plus ou moins liquide. C'est un aliment réellement agréable, essentiellement digestible et nutritif, quoique l'addition de l'alcool puisse être un léger inconvénient pour quelques malades.

Il peut être évité par la modification suivante, proposée par M. Catillon :

℞	Poudre de viande.....	2 cuillerées.
	Sucre.....	2 morceaux.
	Vin de Madère.....	2 cuillerées.

Délayez jusqu'à dissolution complète du sucre et ajoutez :

Eau simple.....	4 cuillerées.

La poudre alimentaire est ainsi exempte de toute odeur désagréable. (*Soc. de thérapeut.*, juillet.)

Ces poudres, dit M. Tanret, ont fréquemment un goût désagréable par leur préparation défectueuse ou une altération consécutive. Il a essayé de les remplacer par du bœuf bouilli haché, desséché au bain-marie pendant deux à trois

heures. Broyée ensuite dans une sorte de moulin à café, cette poudre peut être facilement préparée soi-même à la dose de 2 à 300 grammes pour 1 kilogramme de bouilli en trois heures. La perte des sels soustraits par l'eau rend cet aliment moins complet que la viande crue; mais des expériences comparatives de digestion artificielle *in vitro* ont montré que la digestibilité de celle-ci est deux fois supérieure à la viande crue, conformément aux expériences de M. Catillon entre la viande crue et la viande hachée. L'état de division en augmente surtout la digestibilité et rend ainsi l'aliment plus complet.

Si, par la cuisson, cette poudre de bouilli a perdu l'odeur désagréable particulière aux substances animales, elle a acquis une composition différente de la viande crue, son albumine s'étant coagulée par l'ébullition et les sels s'étant dissous. Elle ne paraît pas devoir être plus digestible que la viande crue chez l'homme et est assurément moins nutritive.

Une proportion de 6 0/0 d'eau ayant été rencontrée par M. Yvon dans la plupart de ces poudres de viande ou de sang répandues dans le commerce, il en a fait un extrait sec donnant 12 grammes pour 100 avec les poudres de viande de bœuf et 17 pour 100 avec celles de cheval. L'azote s'y trouve en moyenne à 14 pour 100. La poudre de viande bouillie a une valeur nutritive égale à celle de la viande crue; elle est moins fermentescible et ne présente aucune saveur désagréable. Nulle trace d'albumine ne se rencontre dans ces poudres, la température élevée nécessaire à la dessiccation de la viande en déterminant la coagulation. La poudre de viande avec le cacao pulvérisé donne une préparation fort agréable. (*Idem*, 28 novembre.)

Jus de viande. Il est préparé par M. Brame en triturant dans un mortier 25 grammes de viande crue hachée avec un verre d'eau. On filtre avec expression, et l'on ajoute l'eau de fleur d'oranger pour l'aromatiser. Il en a constaté les propriétés nutritives, et l'un des échantillons préparé depuis dix jours n'avait subi aucune altération.

Au lieu de ce jus comme de la poudre de viande, qui ne renferment jamais qu'une partie des principes nutritifs de la chair musculaire, le docteur Blachez préfère administrer

celle-ci en nature. Pour éviter toute répugnance des malades, il suffit de la hacher finement, d'en faire de petites boulettes que l'on roule dans de la farine et que l'on fait revenir dans le beurre ; ces boulettes sont mélangées dans le potage. On peut encore râper la viande crue en purée, y ajouter un jaune d'œuf, sucrer ou saler au goût du malade, et diluer avec du bouillon. La viande crue est ainsi très bien acceptée et constitue un excellent aliment. (*Soc. de thérap.*, octobre.)

Alimentation artificielle *après la trachéotomie.* L'urgente indication de nourrir les enfants trachéotomisés est le plus souvent difficile, sinon impossible à remplir. Le refus absolu ou la mauvaise volonté de quelques-uns, la gêne ou la douleur résultant de la déglutition chez d'autres, par suite des ulcérations, des eschares produites par les cautérisations, encore si malheureusement employées par de vieux praticiens, en sont des causes fréquentes, quand la paralysie du voile du palais ne rend parfois cette déglutition tout à fait impossible, tous les aliments liquides étant expulsés par le nez.

Dans l'une ou l'autre de ces conditions, le docteur de Saint-Germain a recours avec grand succès, chez ses petits opérés de l'hôpital des Enfants, à une sonde en caoutchouc rouge, de calibre moyen, introduite par une des narines dans l'œsophage et même l'estomac. Il est facile par ce conduit artificiel d'injecter des aliments liquides en quantité suffisante, comme le lait, le bouillon, le vin, les plus utiles en pareil cas.

Essayé la première fois dans un cas de paralysie du voile du palais, ce procédé a été employé depuis dans tous les autres, par la facilité de l'appliquer. Le tube est très bien supporté et facile à introduire par toute personne non craintive. Il n'expose à aucune fausse route ni à aucun danger, la canule placée dans la trachée empêchant toute introduction de la sonde et des aliments par cette fausse voie.

Ce conduit artificiel est aujourd'hui usité à la suite des opérations chirurgicales étendues et profondes sur la bouche et sur la langue, dès qu'elles laissent après elles pendant quelques jours une gêne de la déglutition capable

d'entraîner la mort de l'opéré par l'inanition progressive. (*Revue des maladies de l'enfance.*)

AMPUTATIONS *chez les tuberculeux.* Un opéré de M. Trélat a été soumis par lui à l'examen de ses collègues comme une démonstration de l'utilité qu'il peut y avoir à faire des opérations chez les tuberculeux, en même temps qu'il est un exemple des bons résultats donnés par l'amputation de la jambe par la méthode à lambeaux. Ce malade avait subi en effet diverses opérations pour une tumeur tuberculeuse de la conjonctive, ainsi que pour plusieurs abcès tuberculeux des membres, puis une résection de la tête du péroné, lorsqu'il a été amputé de la jambe pour une tumeur blanche du pied. Après l'opération, la santé générale s'améliora beaucoup. La réunion se fit par première intention et donna lieu à un moignon remarquable par sa bonne conformation. Pour obtenir ce dernier résultat, il est nécessaire qu'il n'y ait pas de suppuration. (*Soc. de chirurg.*)

Amputation sous-périostée de la hanche. Cette nouvelle opération, suggérée par le professeur Ollier dès 1859, après diverses expériences sur de petits animaux, a été pratiquée pour la première fois le 17 octobre 1881 par M. Shuter, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, sur un garçon de dix-huit ans, atteint de nécrose aiguë sans suppuration de la partie inférieure du fémur gauche. Après l'application de la bande et le tourniquet d'Esmarch aussi haut que possible, il pratiqua une incision circulaire allant jusqu'à l'os, au niveau du tiers supérieur. L'os scié et les vaisseaux liés, une incision fut faite de bas en haut sur la surface externe de la cuisse jusqu'au niveau du tourniquet. La ligature des vaisseaux effectuée, il décolla le périoste aussi haut que possible, puis, enlevant le tourniquet, l'incision est prolongée au-dessus du grand trochanter. Le périoste de celui-ci est détaché, et la partie supérieure du fémur est ainsi énucléée. La perte de sang fut presque nulle.

Soumis à la Société clinique de Londres, le 6 février 1883, avec un membre artificiel, l'opéré exécute tous les mouvements propres d'une articulation normale et marche très bien. Le moignon ressemble à celui d'une amputation de

la cuisse au tiers supérieur, et les mouvements articulaires accusent bien la reproduction de l'os, quoique plusieurs chirurgiens présents aient mis son existence en doute. Elle équivaut, selon Croft, à une excision sous-périostée complète de la hanche, regardée comme impossible. Une opération semblable, faite depuis par le même chirurgien et suivie d'une péritonite ayant déterminé la mort trois mois après, a précisément montré la reproduction commençante de l'articulation. Ce succès permettra donc à l'avenir d'adapter un membre artificiel à ces opérés, réduits auparavant à se servir de béquilles.

On a voulu assimiler cette opération à celle de M. Furneaux Jordan, et M. Barker annonce l'avoir pratiquée d'après cette méthode avec un résultat semblable et un excellent moignon mobile fournissant un axe solide. Une commission nommée à cet effet donnera les éclaircissements nécessaires à cet égard. (*Clin. Soc. of London,* 9 février.)

ANÉMIE. *Transfusion d'une solution alcaline.* La mort dans l'anémie aiguë est due, suivant M. Schwartz, à la cessation de la circulation par disproportion mécanique du calibre des vaisseaux avec leur contenu et non par la diminution des hématies. D'où l'insuccès de la transfusion sanguine ordinaire. Prévenir cette disproportion serait la thérapeutique rationnelle. On y parviendrait sûrement, dès que les moyens ordinaires échouent, en injectant une solution faible de sel de cuisine à 6 pour 100 et à 37° de température dans le système circulatoire, à la dose minima de 500 centimètres cubes chez l'homme. L'effet de cette transfusion sur l'activité cardiaque, la pression sanguine et la respiration, ainsi que toutes les autres fonctions de la vie, a été très rapide chez des lapins et des chiens exsangues.

Cinq essais ont été tentés depuis la publication de cette théorie allemande par cinq chirurgiens. En voici un exemple :

Femme opérée d'un cancer utérin. Hémorrhagie violente. Perte de connaissance, visage froid, peau sèche, pupilles insensibles, pouls misérable, bruits du cœur faibles, 132 à la minute. Insuccès de l'éther, du camphre, etc. Injection dans la veine médiane de 1000 centimètres cubes de solution de chlorure de sodium en vingt minutes au moyen d'un transfuseur d'ancien modèle. Résultat prompt et éclatant.

La malade remue le bras, parle et reprend immédiatement connaissance. (*Berl. klin. Woch.*, n° 40, 1882, et *Archiv. de méd.*, novembre.)

Anémie pernicieuse. Le professeur Frankenhauser, de Zurich, croit en avoir découvert la cause dans un microorganisme rencontré dans le foie. Ce sont de petits corps sphériques et très mobiles, formant environ le dixième du diamètre d'un globule sanguin. Les uns sont légèrement ciliés, d'autres ne le sont pas, quoique plus apparents et volumineux. Ils ont été rencontrés non seulement dans le sang des femmes enceintes, mais dans celui des nouveau-nés. Les globules étaient normaux, sans formes intermédiaires avec ces micrococci. N'ayant pas été rencontrés dans le sang des femmes enceintes non anémiques, ils semblent donc la cause de cette grave maladie, dont les lésions les plus marquées sont précisément dans le foie, où se rencontre ce nouveau microbe. (*Centralblatt für die med. Wissench.*)

Anémie saturnine. 15 observations cliniques et un grand nombre de dosages des éléments constitutifs de l'urine, recueillis par le docteur Gaucher, lui ont montré que, dans l'intoxication par le plomb, la nutrition se ralentit considérablement. Il y a diminution de l'urée, des chlorures et de l'acide phosphorique dans les urines. Les globules rouges du sang sont détruits en grande quantité durant la période active de l'intoxication, l'ictère saturnin et l'élimination abondante du pigment sanguin par les urines en sont la démonstration. Cette déglobulisation s'observe dès que le plomb pénètre dans le sang : d'où l'anémie spécifique en résultant. Elle a lieu par saccades, car, les urines ayant pâli, le plomb et le pigment coloré, qui ont pour origine l'hémoglobine du sang, réapparaissent par décharges successives, coïncidant avec de nouvelles périodes de déglobulisation.

Les urines chargées de pigment au début coïncident avec l'oligurie, puis, lorsqu'elles deviennent claires, l'oligurie est remplacée par la polyurie saturnique, sans lésion rénale. La néphrite interstitielle n'apparaît que plus tard ; l'albuminurie passagère, signalée dans plusieurs cas, n'a rien de spécifique, car elle s'observe dès le début.

L'élimination des substances médicamenteuses, ralentie chez les saturnins, a lieu par saccades, comme la nutrition et la désassimilation elle-même. (*Acad. de méd.*, 14 août.)

ANESTHÉSIE. On cherche toujours à la produire sans nocuité, et toutes les tentatives, les efforts sont faits à ce sujet. Si le chloroforme ne peut être remplacé, on essaye du moins à en atténuer les dangers, en en diminuant la dose par l'addition d'autres agents. C'est dans cette voie surtout que les nouvelles recherches sont principalement faites, comme on peut s'en convaincre par les essais suivants :

Mélange d'air et de chloroforme. A l'aide d'un instrument spécial permettant de faire inhaler ce mélange aux chiens, M. P. Bert est parvenu, en élevant graduellement la dose de chloroforme pur de 2 à 20 grammes vaporisés dans 100 litres d'air, à s'assurer que la dose de 4 grammes peut être respirée pendant neuf heures et demie, sans amener de trouble appréciable de la sensibilité avec une anesthésie complète. La température seule s'était abaissée. Plus on élève la dose ensuite, plus tôt la mort arrive et la température diminue. Ce serait donc bien, comme l'avait prévu M. Gosselin, dans le mélange gradué de l'air que consisterait l'innocuité même du chloroforme pur.

Ce nouveau procédé, nécessitant seulement l'emploi de deux sacs de caoutchouc ou de deux gazomètres pour vaporiser le chloroforme, pourra donc être utilisé pour l'homme, s'il est possible de s'assurer préalablement que cette expérience ne produira pas le même effet que sur les victimes du *Zénith*. (*Acad. des sciences*, 25 juin.)

L'*excitation galvanique du nerf laryngé supérieur* peut déterminer, suivant M. Brown-Sequard, une anesthésie générale. Le fait n'est pas constant, mais il est assez fréquent, comme en voici un nouvel exemple.

Après avoir galvanisé le nerf laryngé d'un chien excessivement sensible, il a pu agir sur la masse des nerfs du plexus brachial, exciter les nerfs sous-orbitaires, sans déterminer la moindre douleur.

Autre particularité à signaler. Au moment où l'on galvanise le nerf, la respiration, qui était calme, lente et ne

comptait guère plus de 10 à 12 inspirations à la minute, monte subitement, avec une violence prodigieuse, à 120 ou 130 pulsations dans le même temps.

L'anesthésie générale peut se produire, et même avec plus de netteté peut-être, lorsqu'au lieu d'exciter le nerf laryngé on agit sur sa terminaison dans la muqueuse au moyen d'un courant d'acide carbonique. (*Soc. de biol.*, mars.)

Chlorure de méthylène. Un produit vendu en Angleterre sous ce nom, au prix énorme de 47 fr. 50 le kilogramme, est substitué au chloroforme par M. Spencer-Wells pour l'anesthésie de ses opérées avec certains avantages. M. Le Fort, s'en étant procuré, en a obtenu en effet des résultats supérieurs, par l'absence d'excitation et de vomissements. Il s'agissait donc d'en connaître la composition, afin de l'imiter. Procédant à l'analyse de ce liquide, provenant du fournisseur même du célèbre ovariotomiste anglais, le professeur Regnault n'a rencontré qu'un mélange de chloroforme et d'esprit de bois, sans trace de bichlorure de méthylène, tout en en portant l'étiquette avec la formule de 1 partie d'alcool méthylique sur 4 de chloroforme. Toute la différence des produits français connus sous ce nom est de ne contenir que du chloroforme pur, tout en étant vendu à un prix bien supérieur à celui-ci. La plus grande prudence est donc nécessaire dans l'expérimentation des produits de ce genre. (*Acad. de méd.*, mai.)

Bichlorure de méthylène. Son administration pour l'anesthésie d'un homme de vingt-six ans, portant dans le cristallin de l'œil droit une paillette métallique qu'il s'agissait d'extraire, a déterminé la mort subite le 21 novembre dernier, à l'infirmerie de Liverpool. L'autopsie ne montra d'autre lésion qu'une dégénérescence graisseuse commençante du cœur. Une syncope en était résultée. (*Lancet*, 21 janvier.)

Anesthésie mixte. On sait, depuis Cl. Bernard, que les animaux, les chiens en particulier, succombent fréquemment à la chloroformisation, alors qu'ils la supportent très bien s'ils sont préalablement morphinisés. Une injection de morphine, en remplaçant la moitié de la dose nécessaire

du chloroforme, en atténue d'autant le danger. Le docteur Aubert (de Lyon) préfère ainsi les divers modes d'anesthésie mixte d'une façon habituelle et dans presque tous les cas. Il associe l'atropine à la morphine, d'après les expériences de MM. Morat et Dastre, afin de rendre par la morphine l'action du chloroforme plus rapide et moins dangereuse, en diminuant par l'atropine l'excitabilité du pneumogastrique.

Les expériences de M. Vulpian montrent que l'excitation du pneumogastrique provoque plus facilement l'arrêt du cœur sur l'animal anesthésié que sur celui qui ne l'est pas. Si, le plus souvent, cette excitabilité se manifeste par des vomissements, elle peut aussi agir sur le cœur et provoquer la syncope cardiaque. En paralysant les appareils modérateurs du cœur, l'atropine préviendrait ce danger. Chez l'animal préalablement soumis à son action, l'excitation du pneumogastrique ne produit plus l'arrêt du cœur. A ce point de vue, le mélange de la morphine à l'atropine serait donc d'une sécurité presque absolue.

D'après ces faits, le chirurgien lyonnais a employé 20 fois ce nouveau mode d'anesthésie avec la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine.....	10 centigr.
Sulfate neutre d'atropine.....	4 milligr.
Eau distillée.....	10 gram.

La seringue, lorsqu'elle est pleine, contient un gramme et demi de liquide, et dès lors les doses injectées aux malades ont été de 12 à 15 milligrammes de morphine et de 6 à 7 dixièmes de milligramme d'atropine. L'injection est faite 25 à 30 minutes avant l'anesthésie, et celle-ci est habituellement pratiquée avec l'éther, qui, dans ces conditions, agit au moins aussi vite que le chloroforme, tout en conservant l'innocuité qui lui est propre.

Le temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie complète et commencer l'opération a varié de trois à sept minutes et a été en moyenne de cinq ; or Sédillot a trouvé, d'après 17 observations, que la durée de ce temps, en moyenne, pour produire l'anesthésie chez les adultes avec le chloroforme, était de neuf minutes. La répulsion du malade pour le bonnet rempli d'éther est tellement atténuée

qu'il n'y a eu à noter, dans aucun cas, l'excitation initiale que cette répulsion provoque; absence de vomissements pendant la durée de l'anesthésie ou de l'opération; ceux qui sont survenus dans la journée ont été en proportion faible; le réveil a toujours été calme. La série actuelle, quoique encore restreinte, est encourageante et permet d'affirmer que l'anesthésie mixte par la morphine, l'atropine et l'éther est supérieure à l'anesthésie simple et doit lui être substituée.

Les malades endormis étaient presque toujours jeunes, parfois alcooliques, et absolument bien portants, du reste, comme le sont habituellement les malades des services de maladies cutanées et vénériennes. Les anesthésies faites dans ces conditions constituent de véritables expériences sur l'homme sain, et il est bon de remarquer que cet état de jeunesse et de santé est plutôt une cause de résistance à l'anesthésie.

Le personnel du service est frappé de la différence qui existe entre l'anesthésie mixte, calme et silencieuse, et l'anesthésie pratiquée avec l'éther seul, avec son excitation initiale fréquente, ses vomissements faciles, son réveil souvent agité.

La grande supériorité de l'éther sur le chloroforme est son innocuité incontestable; son défaut est de provoquer une répulsion plus forte et une anesthésie plus lente; mais du moment que l'injection préalable de morphine, et mieux encore de morphine et d'atropine, permet à l'éther d'agir aussi vite et même plus vite que le chloroforme, pourquoi ne pas toujours préférer l'éther?

L'association de la belladone aux anesthésiques a été employée empiriquement et sans idée théorique préconçue, par Pitha (de Vienne), dès 1861. Dans un cas où le sommeil se faisait attendre, il donna un lavement de 1 gramme d'extrait de belladone et vit aussitôt un sommeil profond s'établir et durer douze heures. Appelé précipitamment pour un malade agité du délire bruyant et incoercible de la belladone, dit M. Aubert, j'eus l'idée de lui faire inhaler du chloroforme, et un sommeil calme, profond et durable en résulta aussitôt. J'avais bien des appréhensions en faisant cette anesthésie, et je surveillais attentivement le pouls et la respiration, car j'agissais empiriquement, sans savoir que

la belladone diminue le danger des anesthésiques. (*Lyon méd.*, 14 janvier.)

Association de l'atropine à la morphine. Elle est indiquée, d'après l'auteur, dans tous les cas où l'on emploie les injections de morphine, car l'action analgésique de la morphine est considérablement accrue par l'addition d'atropine. Elle est aussi un moyen adjuvant de l'anesthésie chirurgicale par l'éther ou le chloroforme, car on supprime ainsi les vomissements, les nausées et les efforts d'expectoration qui, chez les syphilitiques, peuvent contaminer le chirurgien ou ses aides. Enfin, la tolérance gastrique pour la morphine est accrue par la présence de l'atropine, si bien qu'on peut administrer les deux agents quelques minutes seulement après les repas, sans crainte de voir survenir des vomissements. M. Aubert compte déjà plus de cent cas d'injections mixtes de morphine et d'atropine, et il n'a jamais eu qu'à s'en louer.

L'anesthésie mixte par le chloroforme et la morphine, en prolongeant le sommeil, est une condition fâcheuse pour les opérés, objecte M. Poncet; mais M. Brown-Sequard ajoute que l'adjonction de l'atropine, en diminuant l'action soporifique de la morphine, prévient cet inconvénient. Il associe ainsi communément depuis longtemps l'atropine à la morphine contre les névralgies. Il évite par là les nausées et les vomissements, et accroît considérablement l'action analgésique sans aucun accident.

Le chlorhydrate de narcéine est substitué avec avantage à la morphine par M. Rabuteau dans l'anesthésie avec le chloroforme pur. Elle est ainsi favorisée sans les effets nauséeux de la morphine et se prolonge plus longtemps.

Loin de compter sur ces adjuvants du chloroforme pour prévenir l'arrêt du cœur par voie réflexe et excitation directe des nerfs modérateurs, le docteur Franck signale des expériences où l'atténuation des réflexes d'arrêt sur le cœur et leur entière disparition se sont montrées dans l'anesthésie graduelle avec le chloroforme, l'éther ou le chloral avec ou sans association de morphine. Il ne croit donc pas utile de compliquer l'administration des anesthésiques par l'addition d'atropine, surtout si l'on donne au préalable un peu de morphine, laquelle suffit pour diminuer les dan-

gers des arrêts du cœur au début de l'anesthésie. Mais cette association de la morphine à la chloroformisation s'accompagne souvent de syncopes respiratoires mortelles. Quant à l'atropine, son emploi exige une grande prudence; M. Franck a failli tuer avec une faible dose d'atropine deux hommes atteints de douleurs sciatiques. (*Soc. de biol.*, avril.)

L'*anesthésie alcoolo-chloroformique*, de Vachetta, de Pise, consiste simplement à administrer au patient, un quart d'heure avant le chloroforme, un verre de vin de Bordeaux ou de Marsala. Cette dose suffit pour renforcer l'action du cœur, au point qu'une paralysie de cet organe, le grand danger de l'anesthésie, devient impossible. (*Berl. klin. Wochens.*, n° 1.)

Anesthésie locale immédiate. Elle a été obtenue simplement par le docteur Cheize chez une jeune fille ayant un ongle incarné ancien et lui demandant de l'en débarrasser immédiatement sans douleur, à cause de son éloignement. Privé de tout appareil, il imbibe d'éther un petit gâteau de ouate de la grandeur d'une pièce de cinq francs, placé sur le gros orteil. En soufflant dessus avec un soufflet de cheminée, l'évaporation est complète en deux minutes. Cette opération est renouvelée, et, en moins de cinq minutes, l'anesthésie est complète. L'ongle est extirpé, la matrice en est cautérisée au fer rouge sur le bord externe, sans que la malade s'en aperçoive. La simplicité de ce moyen, sans être nouveau, le rend précieux aux praticiens de la campagne. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, février.)

Dans l'anesthésie localisée pour les scarifications du lupus, M. Vidal a observé que la réfrigération est favorisée par l'application sur la peau d'un tampon de ouate sur les bords duquel on répand l'éther. L'évaporation est activée par la pulvérisation de l'éther sur les filaments de la ouate.

Si, après avoir poussé l'anesthésie très loin et suspendu la pulvérisation, on pique ou l'on coupe légèrement la partie anesthésiée, on voit instantanément se produire le cercle blanc qui est l'indice de la congélation. Il s'agit évidemment là d'une action réflexe sur les vaso-moteurs, provoquée par la piqûre.

Si, d'autre part, on prolonge l'anesthésie jusqu'à ce que

la congélation se produise, et qu'au moment où la peau reprend sa coloration on répète l'expérience précédente, c'est-à-dire que l'on pique ou que l'on coupe la peau, la congélation n'a plus lieu. L'action réflexe est donc supprimée par une première congélation. (*Soc. de biologie.*)

Injecteur de gaz carbonique. Voulant appliquer à la thérapeutique l'action anesthésique de l'acide carbonique sur les diverses muqueuses, suivant la méthode de M. Brown-Sequard, M. Hénocque a fait construire un appareil présentant un volume et un poids qui en permettent le transport et l'emploi au lit du malade. De plus, l'acide carbonique devant être injecté sous pression et dans des cavités telles que la vessie, le rectum, le pharynx, etc., il était nécessaire de pouvoir connaître avec précision la pression du gaz à chaque moment de l'opération. Cet injecteur de gaz à régulateur peut servir à injecter d'autres gaz ou mélanges de gaz et de vapeurs, sous une pression rendue constante par le dispositif du régulateur et pouvant être contrôlée pendant toute la durée de l'opération. (*Idem.*)

Étude sur la chloroformisation chez les individus atteints d'une affection des organes respiratoires, par le docteur Halbout. Paris, janvier.

Les maladies du poumon, par leur fréquence, leurs variétés et souvent leur obscure réaction, jouent un grand rôle dans la production des accidents de la chloroformisation, non pas, comme on l'a cru, en causant l'asphyxie, mais en entravant la circulation pulmonaire dont les troubles sont la cause prochaine, la plus fréquente de la syncope.

La tuberculisation pulmonaire, l'épanchement dans les plèvres ou le péricarde, les adhérences pleurales étendues, se placent, par ordre d'importance croissante, immédiatement après les maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux.

Un relevé de 140 autopsies pratiquées à la suite de morts par le chloroforme montre que, dans plus d'un cinquième des cas, on a constaté une affection des poumons ou des plèvres. La proportion s'élèverait au tiers si l'on

faisait entrer la congestion ou l'emphysème pulmonaires. Il y a là une relation de cause à effet.

D'où l'indication de se méfier des organes respiratoires et d'examiner leur état, comme celui du cœur, avant d'administrer le chloroforme. Il faut se rappeler qu'il s'emmagasine dans les cavernes des phtisiques. Tous les moyens de combattre la syncope doivent être à la portée. Le procédé des intermittences du professeur Gosselin trouve ici particulièrement son application.

ANGINES. Une forme spéciale en résulterait dans la fièvre typhoïde par le muguet pharyngé observé dans les dernières épidémies de Rouen et de Paris (*V. années 1880 et 1882*), véritable *angine crémeuse*, d'après le docteur Duguet. En voici un exemple pour mieux la reconnaître :

Un cocher de vingt-huit ans entre avec une fièvre typhoïde manifeste, hémorrhagies abondantes et taches rosées nombreuses. Bientôt la déglutition devient difficile, la bouche sèche, et les parties molles du palais se recouvrent d'une plaque grisâtre enveloppant la luette et les piliers antérieurs, avec un semis de points blanchâtres très caractéristiques dont les bords étaient festonnés; il n'y avait rien aux amygdales ni au pharynx, pas de ganglions engorgés. La réaction des liquides buccaux était acide, ainsi qu'en témoignait le papier de tournesol. Les taches blanchâtres, examinées au microscope, étaient composées de tubes et de spores de l'oïdium albicans.

Un collutoire boraté et des lavages à l'eau de Vichy amenèrent la guérison en deux jours. Mais le muguet reparut successivement à deux ou trois reprises, pour disparaître rapidement sous l'influence du même traitement.

Quatre autres cas absolument pareils ont suivi de près le premier cette année, et, dans tous, le muguet offrit ce caractère particulier d'occuper la luette et le voile du palais pour envahir ensuite la base de la langue et la bouche, marchant ainsi d'arrière en avant, contrairement à ce qui a lieu d'habitude.

D'où l'embarras du diagnostic. On voyait une ulcération superficielle, siégeant sur le pilier antérieur droit du voile du palais, occupant une grande partie de sa face antérieure. Elle paraissait taillée à l'emporte-pièce; ses bords

formaient une ligne courbe régulière, servant de cadre à une surface dépouillée, d'un gris rosé, presque lisse, et bordée d'une zone de deux à trois millimètres d'un rouge assez intense. Cette lésion coïncidant avec un état général grave, encore mal caractérisé, on aurait pu penser à une phtisie aiguë avec ulcération tuberculeuse; le diagnostic seul de la fièvre typhoïde, en se confirmant, fit reconnaître le muguet spécial.

D'après les auteurs les plus autorisés à ce sujet, l'oïdium débute régulièrement par la face interne des lèvres et des joues, pour de là gagner consécutivement la langue et le voile du palais, puis le pharynx. Le muguet aurait-il changé d'allures? ou bien les descriptions classiques seraient-elles incomplètes? On parait avoir souvent pris pour des angines pultacées, dans la fièvre typhoïde, ce qui n'était que du muguet : telles ces angines décrites par M. Chedevergne, dont l'enduit blanchâtre gagnait l'œsophage et l'estomac et disparaissait rapidement sous l'influence des badigeonnages boratés. MM. Desnos et Bouveret ont seuls donné de cette affection une observation se rapprochant des précédentes. D'où l'utilité du contrôle du microscope dans ces angines de la fièvre typhoïde.

Les descriptions du muguet et de sa marche, contenues dans les ouvrages classiques, sont assurément bonnes pour les enfants, mais présentent des desiderata en ce qui concerne les adultes. On peut d'ailleurs expliquer facilement l'allure différente du parasite aux deux périodes de la vie. Chez les enfants, il débute par les lèvres et les gencives, souvent en souffrance à cet âge; tandis que, dans l'âge adulte, les amygdales sont plus fréquemment le siège d'inflammations, et l'oïdium y trouve pour s'implanter une muqueuse décapée. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.)

Du rapprochement de ces faits, il résulte que l'on rencontre dans la fièvre typhoïde des ulcérations superficielles, ovalaires, siégeant spécialement à la face antérieure des piliers du voile du palais, d'un seul côté ou des deux à la fois. Ces ulcérations, peu nombreuses, ressemblent à un aphthe étendu ayant pour origine, au lieu d'une lésion folliculaire, une simple altération superficielle du derme muqueux et de l'épithélium qui le recouvre. Elles se montrent de bonne heure, simultanément avec les taches rosées et

même plusieurs jours avant, ce qui leur donne alors une valeur diagnostique considérable. Des observations de MM. Féréol, Landouzy et Ducastel montrent qu'elles peuvent simuler, dans certains cas, une tuberculose aiguë, dont le diagnostic différentiel est très difficile. Leur pronostic est au contraire insignifiant, car elles se rencontrent indistinctement dans les cas graves et bénins; on les voit naître, évoluer et guérir, lors même que le malade finit par succomber.

Ethérisation. Des pulvérisations d'éther dans la gorge avec l'appareil Richardson sont pratiquées par le professeur Concato et renouvelées plusieurs fois dans la journée, suivant la gravité des cas. Sous leur influence, la température s'abaisse, l'état local s'améliore rapidement, les vaisseaux se contractent, le pharynx se déterge. Dans deux cas, des exsudats fibrineux se sont détachés rapidement et ne se sont pas reproduits. L'éther, suivant l'auteur, mérite d'être essayé de cette manière dans la diphthérie pharyngée, non seulement comme agent antiseptique, mais comme atténuant beaucoup les souffrances, et permettant, par suite, d'alimenter plus facilement les malades.

Angine rhumatismale chronique. Elle est surtout décelée, d'après le docteur Gellé, par les maladies de l'oreille qui en sont la conséquence, et se reconnaît à la muqueuse lisse, brillante, rutilante, ployée verticalement et à gros plis tuméfiés du pharynx buccal. Faux piliers latéraux, cavité pharyngée rétrécie, annulée. Elle se distingue de l'angine catarrhale chronique par la sécrétion plus abondante, l'humidité de la muqueuse et la rougeur moins vive de celle-ci.

Presque toujours indolente, cette angine existe sans fièvre ni réaction générale; elle persiste pendant des années avec poussées récidivantes. La muqueuse est gonflée et tendue, au point d'obturer la cavité de la gorge. A la vue, la langue présente en arrière un plan inégal, plissé, rouge vif, où tout est confondu. Elle est parfois unilatérale, comme les troubles de l'oreille. C'est une forme hyperplasique rarement compliquée de granulations. Les sujets arthritiques y sont le plus prédisposés, et ses récidives marquent souvent une attaque rhumatismale. La surdité, le vertige de Ménière,

les bourdonnements l'accompagnent presque toujours. Les vomituritions du matin en sont aussi une conséquence. (*Tribune méd.*, novembre, nº 794.)

Angine tuberculeuse diphthéroïde. Un homme de quarante et un ans, fondeur sur métaux, miné par le travail et le chagrin d'avoir perdu coup sur coup sa femme et son enfant, entre à la clinique médicale de la Pitié, le 24 avril 1882, pour un simple mal de gorge accompagné d'étouffements très intenses la nuit. Une angine diphthéroïde est diagnostiquée; mais l'état persistant, malgré le traitement, on apprend que des accidents analogues étaient apparus un mois auparavant. Les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés avec douleur en avalant. Des accidents de péritonite, traités un an avant, éveillèrent les soupçons sur une tuberculose obscure; mais rien ne se révélait dans la poitrine, et l'on dut s'en tenir à l'état local. Des badigeonnages avec du jus de citron laissèrent de petites érosions sous l'exsudat de revêtement, avec des bords rosés.

Les signes stéthoscopiques se révélèrent seulement quinze jours après, avec toux, expectoration et sueurs nocturnes. Tous ces accidents augmentèrent à mesure que l'état local s'améliora, sauf la difficulté et la douleur extrême d'avaler, depuis la mâchoire jusqu'au sternum. Le malade refusait les aliments et jusqu'aux boissons. Vers le 12 mai, les érosions de la gorge forment de petites ulcérations creuses, isolées, et les amygdales se fondent sous ce processus ulcératif suraigu. La diarrhée survient, avec râles cavernuleux aux deux sommets, et le malade s'éteint, complètement épuisé et cachectisé, le 7 juin.

L'autopsie montra tous les ganglions de la gorge transformés en matière caséeuse et renfermant du pus en abondance. Plusieurs étaient accumulés, au point de déjeter la jugulaire en dedans; tandis que les sommets des poumons ne présentaient pas les caractères anatomiques de la tuberculose ordinaire. Ni hépatisation ni splénisation n'existaient; coloration normale partout. La granulie de la gorge était donc primitive; de là son évolution anormale dans les poumons. L'adénite sous-maxillaire avec empâtement péri-ganglionnaire caractérise ainsi l'angine tubercu-

leuse, comme M. Barth fils l'a signalé. (*Archiv. gén. de méd.*, février.)

Angines de poitrine. Une grande nouveauté clinique fut l'apparition en 1868 du *Traité des angines* du professeur Lasègue. En considérant cette inflammation localisée de la gorge suivant les nombreuses et diverses maladies qui peuvent la produire ou lui être attribuées, il en avait trouvé jusqu'à 8 espèces, croyons-nous, qu'il décrivit séparément, tout en en excluant la principale : l'angine couenneuse, remplacée par l'angine diphthéroïde (*V. année 1869*). La surprise sera bien plus grande aujourd'hui que de l'une de ces pseudo-angines, ne siégeant pas à la gorge, le docteur Huchard fait une multitude de variétés, la considérant aussi d'après les causes qui lui ont été attribuées; ce n'est pas une maladie, dit-il, mais un syndrome répondant à des états anatomiques variés et représentant des maladies différentes, comme les palpitations et les syncopes. Tout en reconnaissant qu'il n'y a qu'une angine de poitrine vraie, par ischémie cardiaque résultant de l'embolie, du rétrécissement ou du spasme des artères coronaires, il admet des causes nerveuses, myocardiques et diathésiques en produisant de fausses apparences. De là l'exposé complet des théories et des faits dont la science est véritablement encombrée et qui font de ce travail le plus vaste répertoire ou memento de tout ce qui a été écrit à ce sujet.

Une première partie énonce ainsi 30 observations d'angine vraie, avec altérations constantes des artères coronaires, démontrées par l'autopsie. C'est donc par le trouble, la suspension ou l'arrêt même de la circulation locale du cœur que ce centre circulatoire cesse de battre et détermine la mort. Cette cause organique, appréciable, évidente, tangible, montre que l'angine de poitrine essentielle n'est pas une névrose sans lésion anatomique.

Tous les troubles nerveux, locaux ou éloignés du cœur, en suspendant ou arrêtant son fonctionnement, ne sont-ils pas des angines de poitrine au même titre, quoiqu'ils ne laissent pas de traces locales appréciables? La preuve en est faite par 7 exemples de spasme des artères coronaires, plutôt supposé que démontré, résultant de l'abus du tabac, dont la cessation a suffi le plus souvent à arrêter les acci-

dents et prévenir la mort. Mais si cet effet direct, électif, du tabac ou de la nicotine sur le système nerveux du cœur, peut en troubler le fonctionnement régulier, amener la mort subite dans certains cas, et être regardé comme une angine vraie, pourquoi qualifier de fausses ou pseudo-angines toutes celles qui résultent d'autres lésions organiques du cœur ou du retentissement nerveux sur cet organe d'affections éloignées?

Dès que l'effet est le même, c'est-à-dire mortel, et se produit avec un appareil symptomatique identique, c'est de l'*angor pectoris*, que la cause en soit locale ou éloignée. Toute la différence est de pouvoir en chercher et en saisir parfois la cause ailleurs et de la combattre ainsi plus efficacement par la lenteur même de son action indirecte. Beaucoup de cardiaques sont dans ce cas, et les lésions de l'aorte en particulier : rétrécissement, insuffisance ou spasme, produisent des accès d'angine mortelle, absolument identiques à l'angine vraie, comme quatre exemples le prouvent et récemment celui de l'infortuné docteur Hillairet, qui en est le plus frappant. L'impossibilité de distinguer les symptômes et l'absence fréquente d'altérations anatomiques, dans le cas de simple action nerveuse, ne permettent pas cette division. Elles sont inséparables par le voisinage du siège autant que par leur gravité, leur incurabilité. Leur confusion est si étroite que l'auteur même a diagnostiqué l'observation 75 de ces pseudo-angines comme une angine vraie.

Il n'en est pas de même des faux accès d'angine pectorale observés chez certains névropathes et arthritiques, dont 15 observations sont relatées. Les antécédents nerveux ou rhumatismaux des malades sont toujours propres à rassurer le médecin sur la suite de ces accès, en agissant directement sur leur origine diathésique. Néanmoins, il faut bien admettre que le cœur est encore ici impressionné spécialement, puisque la plupart des rhumatisants et des névropathes n'en éprouvent aucune influence. Ces accès, tout symptomatiques qu'ils soient, sont donc encore le point capital, essentiel et le plus dangereux pour la vie des malades.

De même des troubles dyspeptiques retentissant sur le cœur, au point de l'altérer, le dilater, et produire jusqu'à l'angine de poitrine vraie, c'est-à-dire la lésion des artères coronaires. En s'étendant sur les cinq exemples qu'il en

relate, M. Huchard montre assez toute l'importance qu'il attribue à cette forme.

Cette distinction anatomique en vraies et fausses de ces angines, dont toute la gravité est fixée sur le cœur, est si arbitraire qu'au point de vue des causes l'auteur est obligé d'en venir à la classification plus rationnelle et vraiment clinique en organiques, nerveuses, réflexes, diathésiques et toxiques, décrites séparément avec de nouveaux exemples à l'appui. D'où une contradiction apparente, provoquée par l'exigence même de la science moderne. Des différences tranchées, comme des lésions morphologiques apparentes et leur absence même, ne peuvent être confondues. Ainsi le veut le positivisme régnant, quoique les signes et le traitement puissent être uniformes.

Une division clinique de ces angines était ainsi indispensable au point de vue pratique, pour leur traitement en particulier, afin d'en préciser les analogies et les différences suivant les indications. C'est en insistant avec de grands détails sur l'emploi des nouvelles médications contre l'accès surtout, vrai ou faux, de toutes ces angines, que l'auteur a résumé les données les plus précises à l'usage des praticiens sur le traitement prophylactique, curatif et palliatif de cette terrible maladie. (*Revue de méd.*, avril, juin, août et septembre.)

Les objections faites à la classification précédente d'une seule angine de poitrine vraie, essentielle, organique, produite par l'ischémie du cœur, sont justifiées par le résumé le plus clair, exact, savant et précis de la question, dû au docteur Charles Liégeois. Il ne l'attribue pas seulement à l'occlusion des artères coronaires, mais à l'ischémie des branches terminales des nerfs vagues. Cette interprétation, conforme à celle du professeur Sée, est donc bien plus large, et cependant elle est victorieusement combattue par le docteur Arnaud, montrant que l'on a observé des angines de poitrine sans ischémie du cœur et des ischémies du cœur sans angine de poitrine. Fonder la distinction sur cette ischémie n'est donc ni exact ni rigoureux. La sternalgie en étant le symptôme par excellence, c'est à ce signe essentiel qu'il faut la reconnaître. Quel que soit le mécanisme de cette manifestation évidemment nerveuse, et le nerf qui la détermine : plexus cardiaque, rameaux cardiaques du nerf vague

ou du pneumogastrique, toujours est-il que c'est une pure névrose, sans altération appréciable. Une congestion, une ischémie, une inflammation ou une altération nutritive peuvent bien la déterminer et y survivre, mais elles n'en sont que les causes indirectes, et l'angine de poitrine n'est ainsi que l'aboutissant ultime de toutes les modifications pathologiques des nerfs cardiaques. (*Revue méd. de l'Est*, juillet, août, septembre.)

Nitro-glycérine. Après les essais infructueux du nitrite d'amyle et l'impossibilité d'en doser positivement l'action, des médecins anglais, le docteur Murrell entre autres, lui ont substitué un succédané dont l'emploi semble encore plus à craindre. Cet agent est administré en solution alcoolique de 1 partie sur 100, de manière qu'une goutte égale un centième de grain de nitro-glycérine pure, dose homœopathique dont l'effet est si rapide et marqué que la congestion de la face avec élévation du pouls et plénitude des artères en résultent en quelques minutes. Il suffit d'une demi-goutte en plus de la tolérance du malade pour que des pulsations dans la tête et des accidents alarmants en soient la conséquence. L'auteur avoue avoir presque perdu un malade en en commençant l'usage par deux gouttes. Heureusement les symptômes sont transitoires.

On ne doit en commencer l'usage que par une demi-goutte à la fois, dans une cuillerée d'eau, en augmentant d'autant jusqu'à manifestation de ses effets sur l'accélération des battements du cœur. Deux gouttes sont même insuffisantes chez certains individus; mais il faut toujours attendre quelques minutes avant d'augmenter la dose, les effets étant plus lents à se produire que ceux du nitrite d'amyle et son action plus persistante. Quand la dose nécessaire est marquée, on peut la renouveler toutes les trois heures, en commençant dès le début de l'accès. Murrell signale 12 cas d'angine de poitrine où il l'a employée avec un succès marqué. L'administration de ce médicament est donc aussi délicate que celle de l'acide hydrocyanique. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 10.)

Encouragé par ces essais, le docteur Huchard a expérimenté l'action de cet agent, qu'il a surnommé *trinitrine*, sans doute pour le faire mieux adopter. Une à six gouttes

de la solution au 100e ont déterminé, en trois ou quatre minutes, de la céphalalgie, des vertiges, une sensation de plénitude du crâne, des bourdonnements d'oreilles et de l'amblyopie. La congestion de la face, l'accélération des battements du cœur, visible dans les carotides, et le dicrotisme croissant du pouls montrent en même temps l'activité de la circulation. Dans deux cas d'angine de poitrine, il y a eu amendement réel et marqué, sans aucune modification dans un troisième. Dans un cas d'insuffisance aortique, les vertiges ont diminué et l'angoisse précordiale a disparu. Les crises de migraine cérébro-toniques, de même que les céphalées, en ont été amendées un certain nombre de fois et jusqu'au vertige de Ménière. Voici la formule adoptée :

℞	Eau distillée.....	300 grammes.
	Solution au 100e de nitro-glycérine.....	30 gouttes.

Trois cuillerées à dessert par jour que l'on peut augmenter graduellement en les remplaçant par des cuillerées à bouche.

Les faibles avantages de ce médicament ne suffisent pas à compenser les dangers qu'il présente. La congestion céphalique qu'il détermine est si intense que, chez plusieurs malades anémiques, M. Dujardin-Beaumetz a vu la céphalalgie augmenter par son emploi au lieu de disparaître. Si la maladie qu'il est destiné à combattre est rapidement mortelle, on ne peut en conjurer l'effet qu'en connaissant d'avance la tolérance du malade; autrement, on s'expose à le tuer pour le sauver. C'est donc en en prescrivant l'usage à faible dose, dans l'intervalle des accès, qu'on l'emploiera avec le plus de sécurité. Les crises se sont ainsi éloignées chez un malade et n'ont pas reparu depuis un temps déjà fort long. (*Soc. de thérap.*, avril.)

ANTISEPTIQUES. V. Pansements.

APHONIE. Ce phénomène est si fréquent qu'il convient surtout d'en distinguer les causes pour le combattre rationnellement. Les affections des voies respiratoires, comme celles de l'estomac et bien d'autres, le produisent de différentes manières. De là les divisions établies ci-dessous.

Aphonie nerveuse. Une journalière de 30 ans, malade depuis un an, entrait à l'hôpital Bichat, en août dernier, pour

avoir perdu brusquement la voix depuis quelques semaines. L'auscultation révéla de suite au docteur Gouguenheim des signes non douteux de tuberculose à la période de ramollissement aux deux sommets. L'examen laryngoscopique ne décèle aucune lésion laryngienne, ni ulcérations, ni épaississement ; mais les cordes vocales, minces et blanches, ont un écartement très sensible et ne peuvent se rapprocher malgré les efforts. L'image glottique est ainsi tout à fait celle de la paralysie hystérique des adducteurs.

Malgré l'électrisation, la voix ne revint pas pendant un traitement de deux mois, et l'image de la glotte n'a pas changé ; la paralysie par compression des nerfs récurrents ne pouvait donc la produire.

C'était le contraire chez un homme de 29 ans, très névropathique, entré dans le même service pour une aphonie complète. Un amaigrissement excessif et des signes positifs de tuberculisation aux deux sommets sont constatés. La voix est éteinte, mais revient passagèrement à son timbre normal d'une manière intermittente. Le laryngoscope montre une rougeur diffuse, sans tuméfaction ; aspect normal et jeu régulier des cordes vocales. Le son est alors normal, mais l'aphonie reparaît en cessant l'examen. Le tempérament éminemment nerveux et impressionnable du malade était donc la cause de ces troubles, sans que la phtisie y participât. (*Ann. des maladies du larynx*, n° 5, novembre.)

Aphonie réflexe *à stomacho-læso.* A l'appui de la distinction faite par J. Frank, adoptée par Chomel et Beau, le docteur Ch. Liégeois rapporte le cas d'un cantonnier de vingt-neuf ans, présentant de la courbature et quelques douleurs articulaires, comme dans l'embarras gastrique. Deux jours après avoir obtenu son congé de repos, il est pris d'une aphonie complète, absolue, témoignant surtout par sa main qu'il a un poids considérable sur la région épigastrique. Un refroidissement intercurrent et même une indigestion avaient pu se produire dans l'intervalle ; mais le défaut de lésions locales indiquait assez que l'état de l'estomac était la cause de l'aphonie. Elle s'explique par les rapports du centre nerveux du spinal ou de la phonation avec celui du pneumogastrique se fusionnant en quelque sorte dans le bulbe, comme le docteur F. Franck en a fait

récemment une démonstration expérimentale. Une impression sensitive quelconque peut ainsi provoquer en des points variables une anémie momentanée par effacement spasmodique des vaisseaux de la région intéressée. Cette anémie réflexe affectera de préférence un territoire ayant des connexions anatomiques étroites avec celui qui est le siège de l'impression sensitive anormale; voilà pourquoi le noyau du spinal, du *centre vocal*, est anémié et *paralysé* consécutivement à une digestion pénible dont les branches pneumogastriques sensitives ont transmis le contre-coup au noyau vague bulbaire. Et, ce qui engage à soutenir énergiquement l'idée d'*anémie du centre phonateur*, c'est le frisson, le vertige, la pâleur de la face, toutes manifestations concomitantes indiquant une oligohémie réflexe éparpillée et incompatible avec toute idée d'*inhibition motrice* pure et simple, indépendante de modifications vasculaires.

Le traitement est venu légitimer de point en point cette interprétation physiologique. Une forte secousse imprimée au système des pneumogastriques par des vomissements répétés étant indiquée, un grain d'émétique fut administré aussitôt. Et, quant aux symptômes, il s'agissait de produire l'hyperémie névro-paralytique de l'encéphale, en état d'anémie spasmodique. A défaut de morphine, une potion avec 6 grammes d'hydrate de chloral, prise de quart d'heure en quart d'heure, devait détruire l'effet vaso-paralysateur. En effet, l'aphonie avait débuté brusquement à midi; le traitement commençait à trois heures, et à quatre heures *la voix était revenue*.

La paresse digestive persista une quinzaine de jours, comme pour affirmer que l'estomac avait bien été le siège primitif du mal, et commanda l'emploi successif de la quassine, de la gentiane, de la noix vomique; mais *l'aphonie ne reparut plus*. (*Tribune méd.*, juin.)

ARTHRITES. *Spécificité tuberculeuse*. La nouvelle doctrine de la tuberculose articulaire est encore loin d'être généralement admise, et il ne suffira même pas de la présence du nouveau bacille spécifique pour convaincre les cliniciens purs. La localisation de la tuberculose peut se faire sans doute primitivement dans une articulation. Bonnet l'a signalée et décrite il y a longtemps, et les récentes obser-

vations de M. Lannelongue sont absolument démonstratives à ce sujet. Mais s'ensuit-il qu'en vertu du nombre croissant de tuberculoses locales, sinon primitives, constatées partout, on doive admettre, comme en Allemagne, que toutes les tumeurs blanches en soient des exemples? Une étude critique du docteur Marboux sur la *tuberculose articulaire* tend à réagir contre cet entraînement. Il conteste qu'elle corresponde à un type clinique bien défini, ayant des périodes distinctes, une symptomatologie particulière et méritant une place à part dans le groupe des phlegmasies articulaires. L'ostéo-arthrite tuberculeuse n'est, dans l'immense majorité des cas où on l'observe, qu'un processus secondaire, venant compliquer une tumeur blanche inflammatoire, une arthrite scrofuleuse. Une épiphyse chroniquement enflammée, une synoviale en voie de transformation fongueuse constituent pour la diathèse tuberculeuse un terrain de prédilection, un *locus minoris resistentiæ*, en même temps qu'elle favorise l'éclosion de cette diathèse. Le processus tuberculeux, en s'ajoutant au processus inflammatoire, donne à la tumeur blanche, devenue scrofulo-tuberculeuse, des allures spéciales, une marche plus rapide et une gravité plus grande, source de nouvelles indications chirurgicales.

En examinant les antécédents du malade, en étudiant attentivement son état général pour surprendre les premiers indices de tuberculisation, le chirurgien saisira les diverses indications. Jusque-là, la guérison doit être cherchée par l'immobilisation compressive, combinée à l'emploi des révulsifs et des grands modificateurs hygiéniques. L'imminence de la tuberculose exige un parti radical : amputer ou tout au moins réséquer au loin dans les parties saines.

Les synovites granuleuses primitives, développées dans le cours d'une tuberculose aiguë, sont à surveiller d'abord ; puis les tumeurs blanches, survenues rapidement à la suite d'une cause légère, insignifiante, traumatisme ou refroidissement, chez un sujet manifestement tuberculeux. Ces cas ressemblent à ceux que Schuppel fait naître expérimentalement en contusionnant des articulations chez les animaux préalablement rendus tuberculeux.

Les plus dangereuses sont les tumeurs blanches, développées lentement chez ceux qui sont prédisposés par

l'hérédité ou des accidents personnels. Cette variété est la plus fréquente, et, soit que l'arthrite joue le rôle de cause ou d'effet, il suffit de savoir, au point de vue pratique, que les phlegmasies prennent volontiers le type chronique chez les tuberculeux. La souffrance, l'inaction forcée et la spoliation organique en résultant favorisent le développement de la tuberculose. De là son caractère spécifique, sa marche rapide et son pronostic fâcheux quant à la conservation du membre et celle de la vie.

Mais il ne faut pas confondre le groupe des arthrites fongueuses, rhumatismales ou scrofuleuses, s'arrêtant à la première phase, et dont la guérison s'obtient en quelques mois avec des soins généraux et l'immobilisation compressive. Celles qui, arrivées à suppuration, persistent des mois ou des années avec des temps d'arrêt et des périodes d'exacerbation, tout en restant locales, sont dans le même cas. La preuve en est par ces nombreux sujets amputés de tumeurs blanches dans leur jeune âge et fournissant ensuite une longue carrière, sans présenter d'autres manifestations osseuses ou viscérales, légitimement imputables à la tuberculose. (*Gaz. hebd.*, nos 39, 40, 44, 45.)

Luxations spontanées. En résultant de l'atrophie musculaire consécutive aux arthrites, ce danger doit fixer de bonne heure l'attention pour la combattre par les courants continus faibles, le massage, les frictions. Les attitudes vicieuses des membres dans les arthrites chroniques chez les enfants sont surtout à surveiller et à éviter; en favorisant la contracture des muscles antagonistes aux extenseurs atrophiés, elles favorisent et déterminent ces luxations spontanées. (Voy. ce mot.)

Arthrite cervicale *simulant le mal de Pott.* Un homme de peine, de trente-huit ans, était malade depuis trois à quatre mois, très amaigri et confiné dans son lit, sans mouvement depuis deux mois, lorsqu'il fut placé sous l'observation du docteur Desplats le 26 juin 1882. Sans fièvre à l'entrée, il portait la tête dans la flexion forcée, le cou raide, n'exécutant aucun mouvement de latéralité ni antéro-postérieur. Les 4e, 5e, 6e et 7e apophyses épineuses étaient saillantes et douloureuses à la pression. Pas de gonflement,

pas de changement de coloration de la peau. Pas trace d'abcès en voie de formation, ni sur les parties latérales du cou, ni dans le pharynx.

Outre ces phénomènes du côté du cou, le malade accusait des douleurs spontanées dans les deux bras, qu'il mouvait avec une extrême difficulté, sans lui rendre aucun service. Un mal vertébral fut dès lors soupçonné, et le malade condamné au décubitus dorsal permanent, de manière à obtenir, si c'était possible, le redressement des vertèbres, éviter la compression de la moelle et des paires cervicales. L'usage de l'huile de foie de morue constitua le traitement, avec des cautérisations ponctuées tous les cinq ou six jours.

Dès les premiers jours, les douleurs étaient moindres et le cou commençait à se redresser. Comme pour confirmer le diagnostic, quatre semaines après l'entrée, une hémoptysie se produisait, mais elle s'arrêta au bout de deux jours, et l'état du malade n'en fut pas aggravé. Le 2 août, l'amélioration était telle que B... pouvait se lever, faire quelques pas et demeurer plusieurs heures sur sa chaise.

Le 10, il ne se couchait pas de la journée, et le 15 il pouvait commencer à prendre des douches qu'il continuait jusqu'au 14 septembre, jour de sa sortie. Il était complètement guéri, n'avait plus de douleurs, et le cou était parfaitement libre. (*Journ. des sciences méd. de Lille.*)

ARTHRITISME. La doctrine de Bazin, négligée un moment, semble reprendre faveur. En en modifiant l'interprétation, les cliniciens ne peuvent s'empêcher d'y rapporter certains phénomènes attribués jusqu'ici à des causes toutes locales. De l'excès, de l'abus des localisations pathologiques directes ou indirectes, par action réflexe ou trophonévrotique, mise souvent gratuitement au service de ces localisations, naîtra peut-être l'excès opposé de l'influence héréditaire, constitutionnelle, diathésique, innée ou acquise. Dans son récent traité de l'*herpétisme*, M. Lancereaux y fait entrer ainsi une partie de l'arthritis d'autrefois, le rhumatisme chronique par exemple et les arthrites subaiguës des herpétiques; l'arthrite déformante, partielle ou généralisée, lui en offrant en particulier des preuves décisives.

Le docteur Huchard en a surtout vu les manifestations sur un autre terrain. Par leur nature essentiellement con-

gestive et hémorrhagique, il les a observées dans les poumons, comme s'y fixant et s'y révélant d'une manière plus claire et directe que partout ailleurs. Elles se déclarent dès l'âge le plus tendre par des épistaxis, des congestions fréquentes vers la muqueuse respiratoire : coryza, angines, laryngite striduleuse, bronchites, etc., par des dermatoses et des névralgies congestives; à l'époque de la puberté et à la ménopause, chez la femme, par des congestions utérines et des métrorrhagies ne reconnaissant pas souvent d'autres causes; chez l'adulte et le vieillard, par des flux hémorrhoïdaires, des altérations fréquentes du système cardio-vasculaire, dont une des plus importantes, les anévrismes miliaires, donne naissance aux hémorrhagies des centres nerveux, si communes chez les arthritiques.

Leurs caractères principaux et distinctifs sont la rapidité de leur invasion et leur disparition, leur mobilité, leurs relations étroites avec les influences barométriques, une certaine périodicité, et aussi leur apparition le plus souvent nocturne.

Hémoptysies arthritiques. L'origine non tuberculeuse en est établie par l'ancienneté même de leur début. C'est ainsi qu'un homme âgé de cinquante-sept ans, ayant des antécédents goutteux dans sa famille et portant des nodosités, a été pris dès l'âge de vingt ans d'hémoptysies souvent très abondantes, surtout le soir, et ayant affecté ensuite des allures périodiques, sans avoir jamais déterminé aucun accident tuberculeux.

Une dame de cinquante-deux ans a été prise, il y a vingt-huit ans, d'une hémoptysie considérable, diagnostiquée comme l'avant-coureur d'une tuberculose par Barth, Andral et Gendrin. Elle s'est reproduite depuis environ trente fois et ordinairement la nuit, souvent précédée de poussées congestives dans un point du poumon, sans traces de tuberculose. Les antécédents héréditaires sont nettement arthritiques.

Une troisième observation analogue, remontant à vingt ans, confirme encore cette interprétation, ainsi que quatre ou cinq autres faits semblables d'hommes encore jeunes n'ayant pu subir l'épreuve du temps. Mais le mode d'apparition brusque et nocturne de ces hémoptysies, leur dispa-

rition rapide, leur fréquence et leur abondance même, la conservation du bon état général et l'existence d'accidents arthritiques indiscutables, en l'absence de signes tuberculeux, sont des garanties que l'avenir donnera raison à cette interprétation. Elle n'est pas nouvelle assurément. Bien des auteurs anciens et modernes, comme Gendrin, Graves, Trousseau, ont cité des cas d'hémoptysie chez des arthritiques, sans en saisir la relation, pas plus que de l'hémophilie. Le mérite de l'auteur est de fixer l'attention à cet égard.

Congestions arthritiques. Celles qui surviennent pendant le rhumatisme articulaire, surtout d'une manière foudroyante, comme un exemple en est cité, n'ont guère besoin de démonstration, mais le plus souvent elles se manifestent en dehors de tout signe arthritique évident. Les arthritiques viscéraux en méconnaissent surtout la relation dans leurs diverses formes. Mobiles et aiguës, elles coïncident ordinairement avec un refroidissement. Un accès d'oppression très violent, avec râles sous-crépitants, souffle, submatité, abolition des vibrations thoraciques font le plus souvent soupçonner une affection grave, surtout si ces congestions ont lieu au sommet et sont suivies d'hémoptysie.

La forme fixe, chronique, latente, a surtout été étudiée par le docteur Collin sur la ligne axillaire et confirmée depuis; mais elle se montre partout ailleurs. Un homme de 70 ans présenta ainsi durant plus de neuf ans des râles sous-crépitants en grand nombre en avant de la poitrine, immédiatement au-dessous de la fosse sous-claviculaire. A leur abondance et leur timbre éclatant, son médecin a cru à une tuberculose pulmonaire. Exempt de manifestations articulaires, cet arthritique souffre seulement de troubles gastro-intestinaux dont la nature se décèle plutôt par les caractères et les symptômes de cette congestion. M. Potain, appelé en consultation, partagea cet avis, et, un an après, cet arthritique fut pris de douleurs et de gonflement des doigts qui confirmèrent la justesse de cette interprétation.

Cette congestion peut ainsi persister des années. Une femme observée par le docteur Blanquinque, médecin de l'Hôtel-Dieu de Laon, en a présenté les signes pendant quinze ans. D'où la difficulté du diagnostic quand cette

hyperémie offre cette persistance à l'un des sommets du poumon. Et cependant plusieurs faits démontrent à l'autopsie l'existence de ces congestions limitées au sommet, sans trace de tubercules guéris ni en voie d'évolution là ni ailleurs.

La réalité de ces faits permet de les ajouter au chapitre à peine ébauché des pseudo-tuberculoses et forme un élément nouveau pour le diagnostic et le pronostic des hémoptysies. En se rapprochant des hémoptysies supplémentaires, mécaniques, celles-ci doivent être soumises à l'emploi persistant et prolongé du sulfate de quinine, du salicylate de soude à petites doses, des préparations arsenicales, de l'iodure de potassium ou de sodium à la dose très modérée de 15 à 20 centigrammes par jour. Quelques dérivatifs intestinaux, comme l'aloès, des ventouses sèches fréquentes, les sangsues à l'anus, la saignée générale même comme préventive, sont principalement indiqués, avec les eaux arsenicales du Mont-Dore, dont on retire les meilleurs effets par leurs propriétés sédatives et décongestionnantes. (*Association française*, avril.)

En coïncidant avec d'autres diathèses, l'arthritisme en gêne et en annihile aussi le traitement. Le professeur Verneuil a cité dans ses cliniques un jeune homme évidemment arthritique, ayant contracté la syphilis étant impaludique. Tous les organes étaient lésés chez lui, et l'estomac ou l'intestin ne pouvait supporter ni l'iodure de potassium, ni les alcalins, ni l'arsenic, ni la quinine, qui avaient tous une indication spéciale, mais contre-indiqués aussi par une des diathèses qu'il présentait. Aussi succomba-t-il bientôt dans le marasme, à cause de cette intolérance médicamenteuse.

Influence sur la blennorrhagie. V. ce mot.

ATAXIE LOCOMOTRICE. *Hérédité.* Dans son rapport sur le prix Civrieux, dont le sujet était la recherche des causes de l'ataxie locomotrice, le professeur Charcot considère celle qui conclut à l'hérédité comme la plus importante et la principale. L'hérédité nerveuse serait supérieure aux autres conditions étiologiques et la cause majeure du tabes. La syphilis, apparaissant avec un degré

varié de fréquence, est classée parmi les causes adjuvantes et occasionnelles, comme les abus fonctionnels, le traumatisme, les maladies fébriles. Ce sont là des conditions pathogéniques et non l'élément étiologique fondamental. L'enseignement de 101 observations inédites, contenues dans ce travail, concorde avec les notions d'anatomie pathologique et de pathologie générale ayant cours dans la science actuelle sur les scléroses des divers organes. L'approbation du savant neurologiste à cette étiologie lui donne ainsi une grande valeur. (*Acad. de méd.*, juillet.)

8 cas en ayant été rencontrés dans une famille par Rütimeyer et 3 dans une autre, il lui assigne les caractères suivants. Elle apparut le plus tôt à quatre ans et le plus tard à dix-huit. L'incoordination de la marche paraît de bonne heure, surtout dans les extrémités supérieures. Des troubles de la parole se montrent également, et il y a du nystagmus. Le réflexe rotulien manque. Une légère diminution de la sensibilité existe souvent; mais le sens musculaire reste intact. La paraplégie avec contracture se montre à la fin; mais les ulcérations de la peau, les troubles de la vessie ni ceux de l'esprit ne se sont manifestés. (*Virchow archiv*, n° 91.)

Accidents apoplectiformes. Un certain nombre de faits relatés par M. Lecoq démontrent que ces phénomènes, consistant en vertiges, étourdissements, perte de connaissance plus ou moins complète, suivie ou non de paralysie, peuvent marquer le début, le cours et le terme de l'ataxie, sans aucune autre complication. Qu'ils soient isolés ou qu'ils s'accompagnent d'autres symptômes convulsifs, les étourdissements sont beaucoup plus graves que les vertiges. Ils se rencontrent dans la moitié des cas, en s'accompagnant de troubles de la vue, de la parole ou de faiblesse générale pouvant aller jusqu'à la paralysie passagère. Un malade est même tombé dans le coma et mourut, sans que l'autopsie ait pu expliquer cette complication.

L'hémiplégie semble coïncider particulièrement avec l'étiologie syphilitique. Les crises laryngées précèdent souvent ces accidents. En apparaissant au début, les vertiges peuvent être confondus avec ceux de l'estomac ou de Ménière. Un peu d'alimentation suffira à distinguer le premier.

Une surdité complète et bilatérale, avec l'efficacité du sulfate de quinine, différencie le second.

Ainsi établis, les accidents ataxiques compliqués de convulsions sont très efficacement combattus par les capsules de térébenthine à la dose de 6 à 12 par jour. (*Revue de méd.*)

Troubles vertigineux. L'examen de 24 femmes tabétiques confirmées, fait dans la clinique du professeur Charcot, à la Salpêtrière, par son interne P. Marie et le docteur Walton, en a montré 17 atteintes de vertiges et de bourdonnements d'oreilles ; 2 ne présentaient que de légers sifflements. Chez la plupart, le vertige ressemblait à s'y méprendre à celui de Ménière. Les auteurs lui donnent ainsi ce nom suivi de l'adjectif tabétique, pour le distinguer. L'acuité auditive, réduite chez 6 au contact de la montre sur le pavillon de l'oreille, s'étendait à une distance moyenne de 30 centimètres chez 14 et se trouvait normale chez 3 ; mais la perception du diapason n'était diminuée chez aucune, indiquant par là l'état normal du nerf auditif. Il ne s'agit donc pas ici d'une altération nerveuse, comme celle du nerf optique dans la même maladie. La lésion des fibres provenant des canaux semi-circulaires et qui constituent le nerf du *sens de l'espace*, suivant plusieurs histologistes modernes, expliquerait seule ces troubles.

Déjà signalés, ces accidents de l'ouïe sont surtout remarquables par leur extrême fréquence. Mais elle ne doit pas être prise à la lettre, en raison de l'âge avancé des malades et des troubles de l'ouïe en résultant. Sur 8 pensionnaires de la Salpêtrière du même âge non tabétiques, 5 ont offert une diminution égale de l'acuité auditive. D'ailleurs les vertiges ne coïncidaient avec le début de la maladie que dans la moitié des cas. Dans trois, ils n'étaient survenus que quinze ans après, et jusqu'à vingt-cinq dans un autre. Il n'y a donc pas de rapport direct à établir. (*Rev. de médecine*, janvier.)

Accidents laryngés. De nouvelles recherches de MM. Landouzy et Déjerine leur ont montré la sclérose postérieure remontant jusqu'au bec du calamus ; les racines bulbaires du spinal et du pneumogastrique présentaient de grosses

lésions, identiques à celles des racines postérieures de la moelle. Dans le bulbe, la colonne mixte et les noyaux de ces nerfs étaient profondément altérés des deux côtés, la prolifération de la névroglie faisant défaut. On s'explique ainsi les crises laryngées chez les ataxiques, sauf leur intermittence. (*Soc. de biol.*, mai.)

Coïncidence des cardiopathies. Dans 35 cas, M. Truc a constaté l'association simultanée de l'ataxie et des maladies du cœur. Dans 20, l'aorte était seule atteinte ; dans 10, l'orifice mitral, et les altérations étaient vagues dans les autres. L'influence de l'une sur l'autre n'a pu être déterminée, et il semble que ce soit là une simple coïncidence. La prédominance semble pourtant devoir être accordée à l'altération nerveuse, et celles du cœur n'en seraient que les effets trophonévrotiques. La triple alliance chez un individu d'une ataxie douloureuse avec néphrite interstitielle et régurgitation aortique forme, selon M. Renaut, un type d'affections de ce genre. L'ataxie produirait ces altérations par une endartérite déformante. (*Lyon méd.*)

Généralisant les quelques cas de *fractures spontanées* et d'*arthropathies tabétiques* qu'il a découvertes le premier en 1866, le professeur Charcot enseigne que l'on doit toujours penser à l'ataxie toutes les fois que ces fractures spontanées se manifestent. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, octobre.)

Etat ichthyosique. Après les nombreux troubles trophiques cutanés, MM. Ballet et Duthil ont rencontré une altération de la peau consistant en une sorte d'épaississement avec coloration plus ou moins foncée, laxité des téguments, desquamation de l'épiderme, dont les débris s'accumulent sous forme de véritables écailles. Le tégument des extrémités est la partie la plus fréquemment atteinte, surtout celui des extrémités supérieures. Au dos de la main, par exemple, la peau revêt parfois un aspect rappelant celui du pellagreux. La chute des ongles et leurs altérations déjà signalées en seraient même la conséquence, par suite des névrites périphériques existant, d'après certains auteurs, chez les tabétiques. La peau pourrait ainsi se prendre en

dehors de la moelle, et l'ataxie locomotrice ne serait plus alors une affection de celle-ci, mais une maladie de l'appareil sensitif. (*Progrès méd.*, mai.)

Les *troubles des sécrétions cutanées* sont cités à l'appui : tantôt c'est de l'hyperhydrose générale ou locale, uni ou bilatérale ; tantôt c'est la suppression de la sueur sur tout le corps ou dans certaines régions, comme les membres inférieurs. Ces troubles sécrétoires alternent même entre eux. Des poussées sudorales ont fait place parfois à des crises diarrhéiques ou à la sialorrhée. Au dernier Congrès de l'association française à Rouen, le docteur Ollivier a cité deux cas d'une hyperhydrose des mains et de la plante des pieds, avec refroidissement très marqué de ces régions et une séborrhée du cuir chevelu. Un troisième exemple en a été observé par M. Henrot, chez un ataxique atteint ensuite d'un mal perforant double, symétrique, dans les régions atteintes d'hyperhydrose. Les ecchymoses cutanées observées par M. Straus à la suite de crises fulgurantes rentreraient dans la même pathogénie. (*Gaz. hebd.*, n° 38.)

Étiologie syphilitique. S'il est incontestable que la syphilis se rencontre dans les antécédents de la plupart des ataxiques, convient-il pour cela d'en faire la cause déterminante ? Un cas observé par M. Desplats semble le confirmer. Soumis au traitement spécifique, cet ataxique fut amélioré très rapidement. Les symptômes graves s'amendèrent en quelques jours, et en trois mois la guérison était complète.

C'est là une très rare exception. Le plus souvent, le traitement spécifique ne manifeste aucune influence sur les phénomènes ataxiques, et c'est pourquoi beaucoup d'auteurs ont mis cette cause en doute. Mais il n'est pas démontré que la syphilis produise directement l'ataxie ; tous les syphilitiques ne deviennent pas ataxiques, et la plupart de ceux-ci ne l'ont été qu'en vertu même de sa fréquence. Il y a donc là une simple coïncidence, plutôt qu'un rapport de cause à effet. Si cette cause existe dans quelques cas, le traitement spécifique doit agir au début, comme dans la phtisie syphilitique. Les lésions du système nerveux sont encore plus faciles à modifier que celles du poumon. Une syphilis récente autorise seule un

traitement spécifique, au début de l'ataxie surtout. (*Soc. méd. des hôp.*, août.)

Atrophie papillaire. En compliquant le plus souvent l'ataxie, ce symptôme a semblé être, pour certains ophthalmologistes, la négation même de son origine syphilitique, par la résistance invincible qu'ils rencontrent constamment à enrayer cette atrophie par le traitement mercuriel (*V. année 1882*). Au contraire, M. Galezowski en a arrêté la marche et fait cesser les douleurs avec les divers cyanures de mercure, d'or et de platine. La dose en est de 10 milligrammes seulement pour le premier, car, au-dessus, il se produit de la diarrhée, tandis que l'on peut doubler la dose des deux autres sans danger ni accidents. L'action spécifique de ces cyanures est démontrée par ce fait que les différentes préparations mercurielles essayées auparavant n'ont eu aucune influence appréciable sur ce symptôme, tandis que le cyanure seul agit efficacement. (*Soc. de biologie*, 7 avril.)

Traitement. Sur 300 cas, Eulenberg a eu 3 guérisons, c'est-à-dire que les malades sont restés sans accidents pendant plusieurs années et jusqu'à huit ans chez l'un d'eux. Il ne restait que des traces insignifiantes d'anesthésie partielle. Il considère néanmoins cette proportion de 1 0/0 comme encourageante, dans une maladie considérée comme incurable. Le galvanisme, l'hydrothérapie et le nitrate d'argent ont été les principaux moyens employés. Il recommande spécialement les injections sous-cutanées d'albuminate d'argent. (*Berlin. klin. Woch.*, nos 1 et 2.)

Elongation du sciatique par la flexion. Bien que ce moyen ait perdu son crédit aussi vite qu'il l'avait gagné, M. le professeur Lépine ne peut se résoudre à l'abandonner. La cause de l'insuccès lui paraît être une élongation trop violente et rapide, allant jusqu'à produire l'abaissement de la température signalé par M. Redard. Par la flexion lente et graduée de la cuisse sur le bassin, l'élongation modérée du nerf n'étant plus capable d'exercer sur les centres de la moelle un retentissement désastreux, il ne s'ensuit que des effets favorables. Plusieurs tabétiques

ont accusé ainsi un amendement des phénomènes douloureux. Les mouvements des membres inférieurs étaient plus dégagés et mieux coordonnés chez quelques-uns. L'un d'eux a même accusé une augmentation des forces et plus d'aptitude à se tenir debout. Dans tous les cas, ce procédé a été sans aucun préjudice. En voici le manuel opératoire :

Le membre inférieur étant dans l'extension, on fléchit lentement, mais fortement, la cuisse sur le tronc. Cette manœuvre est répétée tous les jours, pendant plusieurs semaines. La première séance n'amène habituellement aucun résultat; on ne doit pas, du reste, la première fois, fléchir trop fortement la cuisse, à cause de la résistance des ligaments coxo-fémoraux et de la fragilité des os, signalée chez les ataxiques. Ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on atteint le degré voulu de flexion. On observe alors dans le membre correspondant, et quelquefois dans le membre opposé, des modifications de la sensibilité et une augmentation de chaleur. Le malade accuse très nettement l'existence de fourmillements dans le pied et la partie inférieure de la jambe. Ces fourmillements, ainsi que l'anesthésie, sont des phénomènes fugaces; la sensation de chaleur persiste, au contraire, plusieurs heures. Du côté des phénomènes tabétiques, on a observé dans quelques cas une diminution des douleurs fulgurantes et de l'incoordination des mouvements. Dans aucun cas il n'y a eu d'accident. Deux morts récentes, arrivées dans les hôpitaux de Paris après cette manœuvre, notamment à l'hôpital Saint-Antoine, ont cependant été opposées à ces résultats contradictoires. (*Soc. de biol.*, 17 mars.)

Formes frustes. L'ataxie se manifeste parfois par un ou plusieurs signes exceptionnels, alors que les principaux sont absents, comme le professeur Charcot l'a montré à sa clinique. Chez un malade, par exemple, l'attention était attirée surtout par un nystagmus, tout à fait exceptionnel dans l'ataxie, alors qu'il est fréquent dans la sclérose en plaques. L'absence du réflexe du tendon rotulien, l'existence de douleurs fulgurantes très nettes et d'une atrophie grise des nerfs optiques rendaient le diagnostic positif sans l'incoordination des mouvements.

L'affection se révélait chez un autre malade par des plaques d'anesthésie distribuées d'une manière singulière. Il en portait un vrai masque, avec parésie de l'orbiculaire des lèvres, laissant échapper facilement les aliments de sa bouche, lorsqu'il mangeait. Il y avait eu diplopie, et le réflexe tendineux du genou avait également disparu. Absence de douleurs fulgurantes et d'incoordination. Une seule plaque d'anesthésie à la ceinture, de l'insensibilité douloureuse dans le domaine du cubital et surtout l'incontinence d'urine étaient les principaux éléments du diagnostic.

Le troisième cas était encore plus obscur. Un homme avait depuis neuf ans des douleurs presque constantes dans le bras droit, douleurs qui le privaient presque complètement de son usage. Il souffrait surtout au niveau de l'aisselle et dans la région du pouce; il éprouvait là des sortes de décharges ou de chocs et, après ces accès douloureux, présentait dans cette région une sensibilité exquise, qu'exaspérait le moindre frôlement. On avait pensé longtemps à l'existence possible d'une névrite, bien que dans ce cas les douleurs n'aient pas ce caractère. Si la maladie en était restée là, il n'eût guère été possible de songer au tabes; mais il s'y est ajouté depuis quelque temps des phénomènes importants. Ce malade, en effet, présente des sensations singulières dans la région plantaire, et, suivant une expression familière aux ataxiques, il lui semble qu'il a des paquets de chiffons dans ses chaussures et qu'il marche sur des boules; quand il est assis, il ne se rend pas compte de la nature du siège sur lequel il se trouve; enfin il est obligé de faire des efforts pour uriner et, s'il va à la garde-robe, perd la sensation de l'acte lui-même. Cependant le réflexe tendineux est conservé dans les membres inférieurs, ce qui est tout à fait exceptionnel dans le tabes ataxique. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, février.)

Cette forme fruste s'observe même sur le cadavre par l'absence de lésion. M. Déjerine conclut de deux cas observés et autopsiés qu'il existe, en clinique, des troubles de la sensibilité et de la motilité, analogues à ceux du *tabes dorsal classique* et cependant en différant complètement comme pathogénie, puisque la moelle est intacte et qu'ils sont sous la dépendance des lésions des nerfs périphériques. On peut désigner cette affection sous le nom de

nervo-tabes périphérique, par opposition au *tabes médullaire*. (*Acad. des sc.*, octobre.)

AUSCULTATION. Tous les signes pleuro-pulmonaires obtenus par l'auscultation et la percussion sont imités et reproduits artificiellement hors du corps, — *out of the body*, — dit le professeur Flint, de New-York, par des moyens usuels pouvant servir à leur étude. Plusieurs de ces moyens sont déjà connus par les comparaisons faites de ces signes. Il suffit de jeter des grains de sel marin ou de poudre sur des charbons ardents pour que leur crépitement simule les râles crépitants dans leurs diverses variétés. Le frottement entre les doigts d'une mèche de cheveux à l'oreille les reproduit de même. Le tintement métallique est imité en introduisant de l'air et de l'eau dans un ballon en caoutchouc ; suivant leur calibre, les tubes de cette substance servent de même à produire la respiration bronchique et divers autres signes, en y faisant circuler de l'air ou du liquide, comme la respiration amphorique est imitée en soufflant dans une fiole. Les râles bronchiques secs s'entendent parfaitement dans ces tubes, en en diminuant plus ou moins le calibre, en les comprimant, les serrant ou les pinçant. Le frottement pleurétique est très bien imité par celui des deux mains près de l'oreille ou de la pulpe des doigts dans le creux palmaire.

La description de ces divers procédés et de bien d'autres se trouve dans une leçon intéressante. Si les poumons de mouton et de veau sont employés surtout pour les signes respiratoires, un moyen nouveau et original est spécialement indiqué pour la percussion : c'est une *miche de pain*. En ressemblant à l'éponge par sa perméabilité, et sa croûte lisse remplaçant les parois thoraciques, le pain donne toutes les notes des sons divers de la résonance pulmonaire, normale et pathologique. Il suffit d'en imbiber une partie d'eau pour avoir la matité et d'enlever la mie pour que la croûte donne la résonance tympanique. Trempé dans une solution de gélatine, le pain donne, même après un certain temps, les trois résonances en différents endroits, et en y insérant des cylindres de verre on obtient la résonance vésiculo-tympanitique. Cette méthode nouvelle d'enseignement est surtout vantée comme

donnant aux élèves le secret et la démonstration du mécanisme physique de la production de ces divers bruits dans le corps humain. (*Lancet*, 12 mai.)

B

BLENNORRHAGIE. *Complications*. Qu'elles se manifestent du côté du testicule, de la prostate ou des vésicules séminales, elles sont souvent en rapport avec les diathèses latentes, d'après M. Guyon. La marche peut ainsi servir de pierre de touche sur la constitution de celui qui en est atteint. Il peut être considéré comme en étant indemne quand il reste exempt de complications. Elles se produisent avec une grande facilité chez les tuberculeux, les scrofuleux, les arthritiques. Sans leur attribuer une valeur absolue, elles ont une grande importance dès qu'elles ne peuvent se rattacher à une erreur dans le traitement : une injection mal faite ou intempestive, le cathétérisme. Le mal s'étend ainsi bien plus facilement aux parties profondes chez un diathésique. Une orchite, survenant sans cause au début, indique toujours le passage à l'état chronique, en vertu même de la constitution de l'individu.

De là l'usage interne de l'huile de foie de morue créosotée, de l'arsenic, de l'iodure de fer, des sulfureux à l'extérieur et à l'intérieur, des balsamiques, des douches, etc. (*Journal de méd. et chir. pratiques*, avril.)

Cette influence des diathèses a été confirmée par M. Diday dans une leçon faite à la Charité. L'action de l'arthritisme la prolonge manifestement par une marche lente et subaiguë : telles sont les blennorrhagies prolongées. Chez ces arthritiques surtout, on ne peut en voir la fin, sans que le traitement ordinaire ait aucune action. Le copahu comme les injections provoquent plutôt de la recrudescence.

Il conseille en pareil cas les révulsifs sur les reins, l'emploi de la flanelle et des frictions vigoureuses sur toute la peau. Les bains de vapeur, pris avec persévérance, réussissent aussi. Une blennorrhagie datant de 14 mois a été guérie par ce seul moyen. Les bains très chauds, en dirigeant le jet d'eau chaude vers la sphère génitale, sont aussi effi-

caces. La chaleur joue un rôle si important chez ces malades, comme chez les rhumatisants, qu'il emploie le cataplasme d'une certaine manière à cet effet. Étant préparé très long et très chaud, le malade s'assied dessus, et l'extrémité est enroulée autour de la verge en fixant le tout par un caleçon de bain. La chaleur, se conservant ainsi, améliore ces blennorrhagies. Le changement de régime et de climat augmente ces bons effets, et des blennorrhagies persistantes depuis de longs mois ont été guéries par cette médication. (*Revue méd.*, novembre.)

Rapports avec les rétrécissements de l'urèthre. Pour beaucoup de médecins, il y a un certain degré de rétrécissement dès qu'il y a blennorrhée : ce qui justifie l'emploi hâtif des bougies. Le professeur Guyon est d'un avis contraire, et l'un de ses internes, M. Jamin, a montré dans un travail intéressant que, sur 61 malades atteints d'uréthrite chronique, 4 seulement avaient des retrécissements. Il n'y a donc aucune relation nécessaire entre ces deux états morbides. (*Idem.*)

Cystite blennorrhagique. Les instillations de nitrate d'argent selon le procédé du professeur Guyon (Voy. Cystite, 1880) paraissent augmenter de crédit, d'après les succès qu'elles donnent. Leur effet se produit dans les cas anciens comme dans les récents. Un malade rendant des urines sanguinolentes, traité vainement par les autres méthodes, ayant reçu une instillation de 15 gouttes d'une solution au 50e, en fut immédiatement soulagé. L'hémorrhagie s'arrêta de même. Un autre malade restait dans un état stationnaire après un traitement de trois mois. Ses douleurs étaient si vives qu'il absorbait jusqu'à 150 gouttes de laudanum par jour. Après six instillations de la solution argentique, les douleurs et les hémorrhagies, qui avaient résisté à tous les autres moyens employés, cessèrent complètement.

A plusieurs points de vue, la cystite blennorrhagique peut être comparée à l'ophthalmie de même origine. Une véritable inoculation y préside souvent, comme dans le cas précédent, ou à la suite de cathétérisme ; il en résulte que cette ressemblance rend rationnelle l'application du même

traitement. On ne doit donc pas s'étonner de voir les mêmes résultats se produire.

Cette complication est, d'après M. Guyon, beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admettait. Ces cystites sont souvent persistantes ou à répétition et présentent alors beaucoup d'analogie avec la tuberculose vésicale, ce qui rend en ce cas le diagnostic assez difficile. Le même traitement, quoique moins efficace que dans la forme aiguë, donne encore de bons résultats dans ces cystites d'origine blennorrhagique chronique. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Employée par M. Weiss, dans les hôpitaux de Nancy, chez dix malades atteints de cystite, uréthrite et prostatite chronique, cette médication topique lui a paru si supérieure à tous les autres procédés de cautérisation de l'urèthre qu'il en a fait l'objet d'un mémoire spécial. Le docteur Lallement se demande si la solution faible de Guyon suffit à guérir les granulations de l'urèthre et si elle ne peut altérer la muqueuse saine en ne touchant pas exactement le point malade. Il se sert de préférence à cet effet de l'endoscope, permettant de porter directement sur les parties malades une solution argentique au quart dont il imbibe une boulette de coton. Les injections avec une solution d'acide borique au 100e, pendant un mois, sont préférées par M. Spillmann. Mais l'innocuité de la solution au 50e sur la muqueuse uréthrale est démontrée, suivant M. Stœber, par l'emploi du crayon mitigé sur la conjonctive, en ayant soin de laver ensuite. Ce moyen est donc plus simple, commode et sûr que tous les autres. (*Soc. de méd. de Nancy*, janvier, et *Revue méd. de l'Est*, août.)

Localisation chronique chez la femme. En se retirant dans les glandes de Bartholin, comme M. Hamonic l'a constaté sur les femmes vénériennes de Lourcine, l'une d'elles peut être atteinte tout entière et former alors une petite tumeur dure, rénitente, mobile et peu douloureuse. Son conduit excréteur est parfois seul envahi avec une plaque circulaire très rouge autour. L'exulcération peut même s'ensuivre et constituer une porte d'entrée largement ouverte au virus chancreux ou syphilitique. Des chancres s'y développent souvent dont la durée est très longue et la guéri-

son très rare par l'inflammation de la glande et sa suppuration consécutive.

En se localisant dans les glandes situées autour du méat urinaire, au niveau du vestibule, la blennorrhagie chronique y détermine de même une couronne de petits mamelons rouges, sensibles au doigt. Ces saillies peuvent subir un développement considérable avec aspect polypiforme. De petits points blancs comme une tête d'épingle s'y mêlent parfois. Incisés avec une lancette, ils donnent une gouttelette de pus séreux blanchâtre. Tels sont les abcès miliaires de ces glandules rendant la maladie éminemment contagieuse, quoique sans écoulement apparent. La cautérisation avec le nitrate d'argent de tous ces follicules est nécessaire à la guérison. (*Ann. de dermatologie.*)

Influence de la fièvre typhoïde. Tandis qu'elle fait disparaître les manifestations syphilitiques, la blennorrhagie chez la femme en reçoit au contraire une sorte d'exacerbation et se montre beaucoup plus rebelle au traitement. Il semble que les liquides produits par les typhoïdiques soient un bon milieu de culture pour le ferment blennorrhagique. Des divers moyens assurés : permanganate de potasse, acide borique, coaltar, sulfate de quinine, etc., l'eau oxygénée a incontestablement donné les meilleurs résultats. (*Soc. de biol.*, février.)

Irrigations d'eau chaude. L'emploi de l'eau très chaude contre les hémorrhagies utérines, par les gynécologistes anglais et américains surtout, a conduit le docteur Curtis à essayer ce moyen contre la blennorrhagie. Un seau d'étain chauffé par une lampe est élevé à une hauteur suffisante pour que le courant balaye facilement l'urèthre. L'eau est employée à une température de 120 à 190° Farh. En correspondant de 49 à 88° centigr., il doit y avoir erreur, car il s'agirait alors d'une véritable brûlure ; 40 à 50° C. sont le maximum. Après avoir fait passer jusqu'à 11 litres d'eau chaude dans l'urèthre, une injection chauffée est pratiquée avec la solution suivante :

Acide tannique	2,50
Iodoforme	2,50
Glycérine	31
Eau	92

à renouveler au besoin après 12 à 24 heures. La durée de la blennorrhagie est ainsi diminuée des dieux tiers au moins; l'écoulement change immédiatement de caractère, et de purulent devient semblable à celui de la blennorrhée et peu abondant; les érections et mictions douloureuses sont supprimées et les conséquences fâcheuses de la blennorrhagie évitées. Il a constaté directement avec l'endoscope que la muqueuse uréthrale se congestionne et s'anémie ensuite comme celle de l'utérus. (*Med. Record*, 21 avril.)

Injections d'acide borique. Le docteur Ikelton-Hill emploie la solution suivante :

Acide borique	2	grammes.
Eau	120	—

Dans un cas de blennorrhagie, le malade fut parfaitement guéri en quatre jours. Un autre, souffrant depuis six jours, guérit en une semaine avec un demi-gramme en plus d'acide.

Dans un cas de cystite grave, la guérison fut obtenue en faisant, tous les jours, une injection de 50 centigr. d'acide borique, dans la vessie préalablement vidée. Auparavant, le malade s'était levé treize fois pour uriner pendant la nuit. La première nuit qui suivit l'injection, il se leva sept fois; la deuxième, quatre fois; la troisième, deux fois. L'urine, qui était trouble et épaisse, devint presque aussitôt limpide. (*Lancet.*)

Iodoforme. Campana l'administre sous forme d'injections calmantes et antiseptiques dans la période aiguë. Le rapide amendement qu'en éprouvent les malades paraît lui donner une supériorité sur toutes les autres injections isolantes.

℞ Iodoforme pulvérisé	20 gr.	
Acide phénique	0	10 à 20
Glycérine	80	
Eau distillée	20	

BRONCHITE FÉTIDE. *Hyposulfite de soude.* Cette inflammation très grave des bronches se distingue essentiel-

lement par l'odeur repoussante, infecte, *sui generis* et parfois gangréneuse s'exhalant de l'expectoration. Les crachats sont comme putréfiés, et les malades s'en dégoûtent tellement par leur odeur insupportable qu'ils sont pris de vomissements en les rendant. L'examen au microscope a montré constamment de nombreux microphytes dans ces crachats; bactéries, vibrions et leptothrix qui seraient produits par leur putréfaction. Les acides butyrique et valérianique que l'on y rencontre ensuite sont en effet des produits de la décomposition. D'où l'infection de l'haleine.

L'absorption de ces produits étrangers, en se faisant dans le poumon, entraîne ainsi, dès que l'affection se prolonge, une suppuration fétide du lobule atteint; d'où résulte une véritable gangrène circonscrite. Les poumons se trouvent parfois criblés d'excavations comme dans la tuberculose pulmonaire. De là la difficulté de distinguer ces deux affections lorsqu'elles coexistent ensemble comme dans certains cas.

Tout en pouvant débuter dans une bronchite simple en apparence, cet épiphénomène grave se montre le plus souvent dans les formes chroniques, suspectes, les dilatations bronchiques et même la phthisie dont nous avons observé un exemple en 1849, sur un homme de quarante-sept ans. C'est par ces redoutables complications qu'il est toujours d'un pronostic très grave. Sur 20 cas observés par le docteur Lancereaux, dans son service de l'hôpital de la Pitié, 14 sont morts peu de temps après leur entrée, malgré le traitement par l'alcool et le quinquina.

C'est en combattant surtout la fétidité par l'hyposulfite de soude, ayant donné des succès remarquables dans la gangrène des voies respiratoires, que M. Lancereaux est parvenu à faire disparaître ce phénomène inquiétant sur six hommes encore jeunes. Il l'administre dans une potion gommeuse ordinaire, à la dose de 4 à 5 grammes, dans les vingt-quatre heures, pendant un mois à six semaines consécutives, sans aucun accident appréciable sur les voies digestives. Les phthisiques seuls en étaient dérangés.

Loin d'être immédiat, l'effet ne se manifeste qu'après six à huit jours de l'emploi de ce sel par l'atténuation de l'odeur de gangrène ou de putréfaction. La sécrétion diminue ensuite et la coloration grisâtre des crachats disparaît à

mesure qu'ils deviennent plus visqueux. Des recrudescences se manifestent parfois, mais sans persistance, et c'est ainsi que les six malades sont sortis de l'hôpital n'ayant plus aucune fétidité ni de l'haleine ni des crachats. L'augmentation de poids de 22 livres en six semaines de l'un d'eux était la meilleure preuve de sa guérison. (*Bull. génér. de thérap.* novembre 1882.)

La similitude des cas mortels avec ceux-ci ne permet pas de douter de l'identité de la maladie. Est-ce au défaut de complication, ou à une série heureuse qu'il faut attribuer ces succès? L'effet constant et uniforme de l'hyposulfite de soude sur la fétidité des crachats et de l'haleine tend à montrer au contraire que c'est en agissant comme parasiticide ou antiputride que ce médicament a amené la guérison. Ce mode d'action n'est pas encore démontré expérimentalement, mais cette preuve n'est pas indispensable si l'avenir montre qu'il réussit également dans la bronchite fétide. Ce serait une grande conquête thérapeutique, si elle se confirme.

De la bronchite fétide et de son traitement, par l'hyposulfite de soude, thèse inaugurale par le docteur Leviez, in-8°, Paris.

Empyème. M. Th. Williams n'a pas craint de le faire pratiquer chez un homme de quarante ans présentant tous les signes d'une énorme bronchiectasie avec toux et expectoration horriblement fétide depuis douze mois environ. Par une incision verticale partant de la sixième côte et à deux pouces du sein droit, mettant à nu deux espaces intercostaux, M. Marshall plongea un trocart spécial, à quatre pouces de profondeur. Beaucoup de matière fétide fut expulsée avec force par la canule, remplacée ensuite par un tube en caoutchouc à demeure. Une grande amélioration en résulta par la disparition de la fétidité et la diminution de la sécrétion. Un mois après, la fétidité reparut. Une hémiplégie gauche survint et la mort permit de constater que la dilatation la plus considérable, simple et sans diverticule, siégeait à la partie inférieure du lobe supérieur où avait pénétré le trocart. L'opération n'eut donc qu'un médiocre succès. (*Lancet*, décembre 1882.)

BUBONS. *Traitement.* Voici une méthode nouvelle, d'origine italienne. Le chancre venait de se cicatriser et la tumeur ganglionnaire présentait de la fluctuation. On plaça le malade dans le décubitus dorsal, les extrémités à demi fléchies et, saisissant la tumeur à sa base, l'on exerça une pression sur elle; puis avec un bistouri droit, à lame étroite, une ponction fut faite à la partie la plus élevée de la glande abcédée; l'instrument enlevé, on continua la compression et le contenu de l'abcès fut évacué *ad maximum*. Puis on injecta une solution de sulfate de cuivre (30 déc. pour 30 gr.) en quantité suffisante pour remplir la cavité de l'abcès. Au bout de deux minutes, on fit écouler le liquide injecté et l'on appliqua des compresses graduées, puis un bandage inguinal, afin d'établir une compression modérée.

Le lendemain, il y avait une légère tuméfaction, sans douleur, et les deux lèvres de l'incision étaient réunies. Quatre jours après, la petite plaie était guérie sans douleur ni tuméfaction.

On cessa la compression et le malade fut renvoyé : il était guéri. (*The therapeut. Gazette*, nº 2.) V. ADÉNOMES.

C

CALCULS. *Avantages du cidre.* Après avoir constaté la rareté des calculeux dans la basse Normandie, M. Denis-Dumont, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Caen, montre les propriétés médicales et hygiéniques de cette boisson. Plusieurs observations de calculeux habituellement buveurs de vin sont rapportées pour montrer qu'ils ont obtenu une guérison ou une amélioration marquée en substituant l'usage du cidre à celui du vin. (*Acad. de méd.* 12 juin.)

Expulsion spontanée. Chez une femme de soixante-douze ans, accusant des douleurs intolérables pendant la miction, le docteur Mouchez, de Sens, constata un corps dur et volumineux au niveau du col de la vessie. Cette femme rendit spontanément ensuite par la vulve un calcul pesant 140 grammes dont les dimensions variaient de 5 centimètres et demi à 7 dans ses divers sens. Une fistule uréthro-vaginale en résulta. C'est le danger de cette expulsion

spontanée, d'après deux exemples observés par M. Verneuil, malgré la taille vésico-vaginale pratiquée dans un cas. La suture échoua dont le mauvais état de la vessie paraît être la principale cause. D'où le danger pour la femme d'attendre cette expulsion spontanée. (*Soc. de chirurg.*, février).

Cholélithiase. *L'extirpation de la vésicule biliaire* n'est pas tant commandée parce qu'elle contient des calculs que parce qu'elle en forme, dit Langenbuch, de Berlin. Tel est le principe de cette opération sur laquelle il insiste, malgré ses insuccès. Une première, exécutée en 1882, fut bientôt suivie d'une seconde. Ce fut un échec. Au lieu de calcul, il n'y avait qu'un épaississement des parois de la vésicule. Néanmoins, les douleurs cessèrent et l'opéré guéri a succombé à un œdème cérébral. Un succès tout récent, obtenu sur une femme de trente-quatre ans, présentée au Congrès avec les pièces à l'appui, en redonnant de l'actualité à cette opération, oblige d'y insister.

Depuis un an, la malade avait de fortes coliques périodiques qui se transformèrent en une douleur sourde constante. La région de la vésicule, sensible à la pression, y fit découvrir une tumeur dure, proéminente. La douleur empêchait cette ouvrière de se baisser et de travailler et, ne pouvant se soumettre à des cures longues et coûteuses, l'opération parut le meilleur expédient pour une guérison rapide.

Mise à nu, la vésicule était soudée au voisinage par des adhérences lâches et ligamenteuses résultant du processus inflammatoire. Les parois très épaissies enserraient deux calculs gros comme une châtaigne, soudés à la paroi, dont la muqueuse était ulcérée et préparée pour la perforation. La guérison fut normale et l'opérée est de nouveau fraîche et bien portante. (*Soc. allemande de chir.*, avril).

Cholécystotomie. Les tentatives précédentes de cette opération ne sont pas les premières. A la suite de Marion Sims, qui, le premier, l'exécuta en 1878, vint M. Lawson Tait en Angleterre, qui la pratiqua plus méthodiquement et avec succès en 1880. Il l'exécuta de nouveau sur une fille de vingt-huit ans souffrant de douleurs intermittentes

dans le côté droit. Une tumeur existait à ce niveau qui fut considérée par plusieurs consultants comme un rein flottant. Admettant que c'était une vésicule biliaire distendue, il ouvrit l'abdomen par une incision verticale sur la tumeur et put extraire par l'aspiration environ un litre de liquide muqueux contenu dans la vésicule. Une large ouverture découvrit alors huit calculs à l'intérieur dont le plus gros pesait un gramme. Les bords de la plaie vésiculaire furent ensuite fixés à la paroi abdominale avec un pansement antiseptique.

L'opérée guérit sans encombre, en conservant une fistule d'où s'écoulait une certaine quantité de bile. L'obturation a dû en être tentée plus tard pour rétablir les fonctions de l'organe. (*British med. journ.*, novembre 1882.)

Il est toujours important de rappeler que J.-L. Petit a été l'initiateur de cette opération hardie dès 1743, comme sa priorité a été établie. (Voy. *année* 1880.)

Calculs salivaires. Un cas remarquable a été l'occasion pour le docteur A. Schmit, aide-major à Saumur, de se livrer à des recherches ayant produit une monographie très complète et précise sur ce sujet, couronnée par l'Académie de médecine. Après un historique clair et exact, 130 exemples sont indiqués dans les glandes salivaires, sous-maxillaires, parotides et sublinguales, chez 90 hommes et 40 femmes, montrant ainsi leur fréquence différentielle et leur siège. Nombre, volume, forme, poids et composition de ces calculs, tout est soigneusement indiqué. Les symptômes et leurs complications ressortent des principaux faits ainsi que les moyens de diagnostic. Les exemples des principales erreurs en sont aussi relatés pour mieux en mettre à l'abri avec les divers moyens d'exploration et les procédés opératoires. Les deux conclusions suivantes en résument surtout l'esprit.

L'affection calculeuse des glandes salivaires n'est pas une affection locale, mais une affection générale; elle est une des manifestations de cette même diathèse calculeuse, qui produit des calculs dans le foie, dans les reins, la vessie, les poumons, les bronches, etc.

Les calculs salivaires diathésiques ont toujours leur point d'origine et leur siège primitif dans les glandes salivaires.

Les calculs accidentels, au contraire, ont leur point d'origine là où se trouve le corps étranger qui leur sert de noyau de formation. (*Revue méd. de l'Est*, mars, avril et mai.)

CANCER. L'*hypo-azoturie* ou l'abaissement de l'excrétion de l'urée au-dessous de 12 grammes dans les vingt-quatre heures, serait, d'après le professeur Rommelaere, un signe précieux pour le diagnostic du cancer, dans le cas de tumeur douteuse, lorsque cet abaissement ne peut dépendre d'une altération du rein. Tant que l'azoturie reste normale, la nature de la tumeur doit être considérée comme bénigne et l'intervention chirurgicale est dès lors légitime. (*Ann. de l'Université libre de Bruxelles*).

Influence de la syphilis. Une femme portant une tumeur cancéreuse de la mamelle gauche contracta la syphilis et tandis qu'auparavant le cancer marchait avec une grande lenteur, les progrès et la généralisation en furent rapidement augmentés sous l'influence syphilitique. Toute la mamelle et les ganglions axillaires ont complétement dégénéré et les ganglions sus-claviculaires forment une masse qui remonte jusqu'à l'apophyse mastoïde. Tous ces progrès étant survenus en quatre mois, date de l'infection syphilitique, il est rigoureux de les lui rapporter, bien que des observations ultérieures puissent le démontrer positivement.

L'absence de douleur est une autre particularité observée par M. Verneuil; l'évolution de cette néoplasie s'est faite sans douleur, comme il l'a déjà remarqué dans le cancer de la langue, très douloureux en général. Récemment appelé à donner son avis sur un cancer de la bouche chez un homme de trente-huit ans, il fut frappé de l'absence de douleur, et, sur sa demande, l'existence d'une ancienne syphilis lui en donna la raison. Un malade observé avec le professeur Fournier, atteint d'un épithélioma de la langue et d'accidents tertiaires, n'en éprouvait de même que des douleurs insignifiantes. La même remarque a été faite sur une femme morte peu de jours auparavant dans le service, d'un cancer de la bouche en même temps que de syphilis. La compression seule n'avait provoqué que tardivement des douleurs du côté de l'oreille.

De la coexistence de ces deux diathèses naît la difficulté du traitement. Le mercure et l'iodure de potassium, indiqués contre la syphilis, ont de grands inconvénients dans le cancer. Malgré les progrès considérables de la tumeur du sein, l'intervention chirurgicale est interdite. L'emploi du mercure peut seul être tenté avec prudence pour arrêter la syphilis. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, septembre.)

Cancer du sein. De nouvelles conditions sont mises par les chirurgiens allemands au succès de cette opération. A une ablation aussi précoce et étendue que possible, il faut joindre dans tous les cas, suivant Küster, de Berlin, l'extirpation du contenu de l'aisselle, même si, chez des femmes maigres, on ne peut sentir la moindre anomalie des ganglions. Quinze cas soumis à l'opération partielle lui ont donné 13 récidives. Dans tous les cas de *toilette du creux axillaire*, il a eu depuis 13 guérisons définitives sur 60 opérées.

Les ganglions sus-claviculaires ne doivent même pas être épargnés, d'après Gussenbauer. Von Langenbeck n'est pas de cet avis, car lorsqu'ils sont affectés, l'infection s'étend toujours à d'autres inopérables. Mais il a excisé dans trois cas, outre les ganglions, les muscles, les vaisseaux et les nerfs malades. Une opérée resta guérie, l'autre mourut d'une récidive et la troisième de gangrène du bras. Aussi, M. Esmarck est plus radical. A défaut de pouvoir enlever tous les ganglions malades, il désarticule le bras. Il a agi de la sorte dans un cas et l'opérée a guéri sans récidive. N'est-ce pas le comble de l'extravagance? (*Soc. allemande de chirurg.*, avril, et *Revue de chir.*, octobre).

Cancer de l'utérus. *Conséquences mécaniques sur les reins et le cœur.* La fréquence de ces lésions est démontrée par six autopsies faites sur des cancéreuses mortes à l'hopital Tenon dans le service du docteur Straus, durant le court espace d'un an de 1881 à 1882. Toutes présentaient des altérations rénales et cardiaques plus ou moins marquées comme le résultat direct du néoplasme utérin. L'âge variait de 39 à 64 ans.

Ces conséquences ont lieu de deux manières : par compression ou par oblitération de l'uretère. La première

résulte de l'exubérance des masses ganglionnaires qui englobent le corps de l'utérus cancéreux en devenant cancéreuses elles-mêmes.

Il est confondu parfois si intimement avec qu'il est imperméable à une soie de sanglier. Il faut, en détachant le rein, le suivre par une dissection patiente jusqu'à la vessie, et c'est ainsi qu'il se laisse alors pénétrer par une sonde cannelée.

Mais il peut être aussi oblitéré par les végétations du néoplasme lorsqu'il envahit la paroi antérieure du vagin et le bas-fond de la vessie; les végétations en pénètrent le calibre et l'oblitèrent complètement au point de n'en plus retrouver la lumière. De là sa dilatation au-dessus de l'obstacle et plus ou moins marquée, jusqu'à acquérir parfois le volume du petit doigt.

La distension du bassinet y succède bientôt et acquiert des dimensions considérables, au point de cacher le rein. 60 à 80 grammes d'un liquide louche, couleur d'urine étendue d'eau, contenant des leucocytes, de l'urée et de l'albumine.

Le rein s'atrophiant à mesure que la dilatation augmente, son volume et son poids varient de 180 à 200 grammes jusqu'à 40 grammes seulement. Ils ne sont ainsi jamais semblables et varient dans leurs formes macroscopiques comme dans leurs caractères histologiques. La comparaison a permis de les rapprocher des lésions rénales déterminées par la ligature de l'uretère chez les animaux.

L'*hypertrophie du ventricule gauche* en particulier en est la suite inévitable. Dans les 6 cas, ses parois mesuraient de 15 à 20 millimètres d'épaisseur, au lieu de 11 à 12 chiffre normal. Débarrassé de ses enveloppes et de ses caillots, le poids du cœur variait entre 270 et 410 grammes, soit en moyenne 350 au lieu de 230, poids normal. Ce fait est d'autant plus remarquable que le cœur est ordinairement atrophié chez les cancéreux, les femmes surtout, par suite de la perte d'appétit, du séjour au lit, des hémorrhagies répétées et de la cachexie extrême où sont réduites ces malades au moment de la mort. La plupart n'ont ainsi qu'un cœur très petit, mou, flasque, graisseux, dont le poids oscille entre 150 et 220 grammes. Cette hypertrophie du ventricule gauche ne s'accompagne pourtant pas de

myocardite interstitielle ; ce qui montre qu'elle résulte exclusivement de la néphrite. (*Revue de méd.*, novembre.)

V. Hystérectomie vaginale.

Cancer de l'estomac. *Erreur de diagnostic.* L'observation constante et journalière de cette redoutable néoplasie depuis des siècles n'a pu encore en rendre le diagnostic sûr et précis. Il reste incertain, douteux, trompeur, au point d'être une énigme pour les sommités médicales de tous les pays. L'héritier royal de France en a offert un exemple qui restera célèbre par la confusion qu'il imprime à l'art de guérir, et à ses plus illustres interprètes. Tous avaient cru à un cancer de l'estomac et l'autopsie a montré qu'il existait seulement des ulcérations de la partie inférieure de l'œsophage, près du cardia. Ces ulcérations, localisées chez un ancien dyspeptique comme l'était le comte de Chambord, étaient inconnues. Il avait une vieille gastrite qui, au lieu de prendre la forme ulcéreuse locale, avait agi un peu plus haut, soit par contiguité, soit par une irritation locale résultant de l'alimentation. Toujours est-il que ces ulcérations sont produites par une inflammation ulcéreuse des voies digestives ; non par oblitération vasculaire, selon la théorie généralisée de Virchow, mais par une altération de la muqueuse.

A cette occasion, le professeur Picot, de Bordeaux, en a rappelé un exemple analogue, observé il y a cinq ans sur une femme de cinquante-huit ans, malade depuis six mois et vomissant tous ses aliments depuis trois. État cachectique prononcé, pâleur de cire jaunâtre, amaigrissement considérable. Elle conservait seulement un peu de lait glacé ; inappétence et dégoût de la viande ; vomissements de matières noires marc de café ; selles mélaniques. Tumeur grosse comme la moitié du poing dans le creux épigastrique, un peu à gauche de la ligne médiane, sans battements ni souffle, signalés au début du mal. Elle est alternativement indolore et douloureuse à la pression.

Malgré ce cancer apparent de l'estomac, le régime lacté glacé absolu mit fin à tous les symptômes, sauf la tumeur. Mais les vomissements reprennent en abandonnant ce régime dès qu'elle est sortie de l'hôpital, et depuis elle n'a cessé d'y rentrer et d'en sortir ainsi alternativement. Ce

n'est donc pas un cancer de l'estomac, quoiqu'elle en présente actuellement encore toutes les apparences. C'est une gastrite chronique ulcéreuse dont l'inflammation a produit un gonflement ganglionnaire. La diminution de cette tumeur sous l'influence du régime en est la preuve et les ulcérations se faisant par poussées successives résultent ordinairement de l'alimentation habituelle. D'où l'indication de mettre la plus grande réserve dans le diagnostic de cancer de l'estomac. (*Tribune méd.*, octobre, n° 791.)

Dosage de l'urée. Le signe d'une cachexie latente se tire, d'après M. Rommelaère, de l'état des fonctions de nutrition révélé par le dosage de l'urée. Le taux de celle-ci s'abaisse considérablement chez tous les cachectiques et tombe de 6 à 8 grammes. Le cancer latent de l'estomac fut ainsi diagnostiqué par le docteur C. Paul. Tandis qu'un malade atteint de dilatation stomacale avec dyspepsie, vomissements, gastrite d'origine alcoolique, excrétait 30 grammes d'urée, un autre présentant des troubles gastro-intestinaux analogues, de cause mal déterminée, sans aucune tumeur appréciable, n'en excrétait que 6 à 7 grammes. D'après ce seul symptôme, l'existence d'un cancer stomacal fut admise et l'évolution de la maladie confirma ultérieurement l'exactitude de ce diagnostic. On peut donc recourir à ce moyen dans les cas douteux. (*Soc. de thérap.*, 9 mai.)

Carcinômes du rectum. Sur 43 cas opérés à la clinique du professeur Czerny depuis 1877, il n'y a eu qu'une mortalité de 4 pour cent. 11 opérés vivent, 9 sans récidive dont 3 opérés depuis quatre ans. Guérison durable : 12 pour 100.

Cette extirpation, faite avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses, commence par une incision médiane postérieure circonscrivant l'anus ; le bout du gros intestin est attiré en bas et fixé par des points de suture. Celle-ci est essentielle en prévenant le rétrécissement cicatriciel ultérieur et l'infection de la plaie par les matières fécales. Résection complète de la muqueuse anale s'opposant efficacement à la récidive. Eviter autant que possible celle du coccyx compliquant les rapports de la plaie. Pansement à l'iodoforme.

Dans les cancers durs rétrécissant le rectum et forte-

ment adhérents, la colotomie est préférable, parce qu'ils ne se prêtent pas à cette opération radicale ni au grattage. (*Soc. allemande de chirurg.*, avril.)

CELLULITE PÉRI-TENDINEUSE. C'est l'inflammation du tissu cellulaire qui remplit la loge fibreuse où glisse le tendon d'Achille, se manifestant sous forme de phlegmon circonscrit, aigu ou chronique. Cette affection localisée et toute nouvelle est décrite par le professeur Folet (de Lille) qui l'a observée le premier ou plutôt ressentie sur lui-même, en 1878. Une gêne ou mieux une douleur sourde à la marche lui fit découvrir une condensation ou induration du tissu cellulaire péri-tendineux, paraissant résulter de la pression élastique des bottines. La douleur augmenta lentement ainsi que le gonflement, en rendant la marche pénible. Tout le tissu cellulaire de la loge aponévrotique se prit et combla les creux post-malléolaires. Le repos et des badigeonnages iodés diminuèrent les accidents; mais la persistance d'un bourrelet péri tendineux gros et dur l'obligea à changer de chaussures et, tout en diminuant de volume, il est encore appréciable quatre ans après.

Trois observations recueillies depuis ont confirmé cette entité. Une femme de trente ans entra à l'hôpital Saint-Sauveur, le 10 septembre dernier. Elle éprouva neuf à dix mois auparavant une gêne en arrière du talon droit avec gonflement de la région, s'accentuant tellement par la fatigue que la douleur l'empêchait de marcher et la forçait à renoncer à son état de fileuse pour prendre celui de cigarière. L'empâtement des gouttières post-malléolaires efface la saillie du tendon d'Achille. Pas de douleurs spontanées, ni rougeur de la peau, à peine de chaleur. La marche est très difficile et fort douloureuse par la flexion du pied sur la jambe. Des pointes de feu locales et la compression avec des bandes de flanelle ont, avec le repos au lit, amené une amélioration satisfaisante en cinq semaines.

Ce début lent, insidieux d'un seul côté, a été brusque au contraire dans d'autres cas en se montrant des deux côtés simultanément. L'arthritisme peut donc en être la cause comme la compression des chaussures par la marche. Celle-ci en peut être empêchée par la douleur locale avec

chaleur cuisante s'irradiant dans le mollet. Elle devient lancinante et insupportable par la suppuration.

Le gonflement local en est le premier signe et l'effacement des gouttières post-malléolaires à la partie inférieure. Leur étendue est proportionnée à celle de l'inflammation. Absence de rougeur même dans les cas aigus. L'empâtement local donne la sensation du lipôme; la fluctuation est perçue dès le début de la suppuration en refluant d'un côté à l'autre du tendon par la pression. Il n'y a eu de fièvre marquée que dans cet unique cas d'une servante de l'hôpital. Dans les autres, la résolution eut lieu par le repos. (*Archiv. de méd.*, décembre.)

CHANCRES. *Influence de la température sur la virulence.* Il est tout simple que de Lyon, siège des premières expériences applicables aux animaux, faites par M. Toussaint sur l'atténuation des virus par la chaleur, vinssent aussi leurs applications à l'homme. L'école syphiliographique locale a trop souci de sa réputation pour manquer cette bonne occasion de la mériter. L'un de ses représentants les plus jeunes et avisés, M. Aubert, chirurgien en chef de l'Antiquaille, a cru devoir ainsi rapporter à la chaleur la différence virulente du chancre simple ou chancrelle et le chancre induré ou virulent. Soumettant au chauffage du virus chancreux, introduit dans des tubes à vaccin, jusqu'à 42° pendant une heure, il en a complètement éteint la virulence. L'exposition de ces tubes à une température de 37 à 38° durant seize à dix-huit heures consécutives a annihilé également l'activité du virus. Le microscope n'y découvrait plus de globules de pus, mais un simple détritus granuleux, à odeur fétide, semé de nombreuses bulles de gaz. Cette démonstration expérimentale n'a donc rien d'original ni de nouveau.

Telle serait l'explication simple de la dualité chancreuse. Le chancre simple serait primitivement virulent, arrêté dans son évolution par une trop haute température de la partie malade, absolument comme dans un tube. Des probabilités cliniques semblent le démontrer. Le principe virulent du chancre du col ne pénètre pas dans les ganglions profonds, à cause de leur température plus élevée, tandis qu'il manifeste son action dans les ganglions superficiels plus exposés à la réfrigération. Leur structure et leur fonc-

tion uniforme ne permettent d'attribuer cette différence d'action qu'à leur température variable. De là l'extinction sur place de ce chancre; il ne peut qu'y végéter. Son évolution est tellement rapide que l'on assiste du jour au lendemain à un véritable changement à vue de l'ulcération.

De même, le chancre simple de l'anus ne remonte jamais très haut; il siège généralement au-dessous de la ligne de jonction de la muqueuse et de la peau où il prospère, c'est-à-dire dans la partie exposée à l'air extérieur, et la moins chaude, par conséquent.

Les différences infectantes des bubons, causés par le chancre simple, n'auraient pas d'autre origine. Le bubon inflammatoire se développant avec une fièvre d'une durée et d'une intensité variables, l'élévation de température en résultant détruit la virulence et l'empêche ainsi de devenir chancreux. En tuant le virus, la fièvre transforme le bubon suppuré, toujours chancreux à son origine, en un bubon simple. Chez un malade dans ces conditions, dont la température était de 39°,2, celle-ci fut surélevée à l'aide d'un bain chaud à 39°,8 et le bubon ouvert ensuite ne fut pas infectant comme on l'avait prédit.

L'érysipèle survenant dans les chancres phagédéniques, en élevant la température locale et centrale, détruit aussi la virulence du pus chancreux et transforme l'ulcère en plaie simple. L'auto-inoculation d'un chancre simple incontestable fut de même négative chez un rhumatisant dont la température était de 40,4 dans le rectum et de 38,2 au siège de l'inoculation. De là la différence des résultats suivant les régions, la chaleur et la position déclive des parties, où l'inoculation est faite. A la face, position élevée et circulation active, les chancres restent petits et guérissent vite; sur le tronc, température plus élevée que sur les membres, chancres petits qui guérissent vite; sur les membres, température plus basse, chancres plus grands et de durée plus longue; gravité plus grande encore aux membres inférieurs dont la température est plus basse.

L'emploi de la chaleur pour annihiler le virus chancreux est donc un moyen de traitement du chancre simple. M. Aubert pense qu'il convient de combiner à la fois l'élévation de la température centrale et de la température locale; aux irrigations chaudes et aux sachets de

sable chaud, il préfère le bain de siège, ou, mieux encore, le demi-bain entre 40 et 42°, qui peut être facilement supporté des heures entières. C'est le meilleur traitement du phagédénisme et de ses interminables chancres sous-phymosiques échappant aux pansements ; c'est le moyen de transformer avant leur ouverture tout bubon chancreux en bubon simple. Traité par la ponction unique et très étroite, celui-ci guérit sans laisser de traces. (*Acad. de méd.*, 7 août.)

Au nom même de la clinique, de graves objections sont faites par M. Diday à cette unique influence de la chaleur. D'autres causes locales de contiguïté et de limitation expliquent le siège d'élection des chancres et leur influence sur les ganglions superficiels. Les deux bubons chancrelleux et inflammatoire existent souvent simultanément, côte à côte, avec leurs caractères différentiels. Ricord l'a prouvé par ses inoculations. Pour affirmer que le pus d'un bubon chancreux est devenu simple sous l'influence d'un bain chaud, il fallait l'inoculer avant son ouverture pour être certain de cette modification et l'élever à la hauteur d'une démonstration expérimentale. D'ailleurs, si la température basse, le froid était si favorable à la chancrelle, on la rencontrerait surtout à la face où on ne la trouve guère. Au contraire, si la température élevée est si favorable à son extinction, comment ces chancres inoculables persistent-ils d'une manière interminable sous le prépuce ? Pourquoi la chancrelle se montre-t-elle 271 fois sur le ganglion même, situé profondément, contre 11 fois sur les vaisseaux lymphatiques superficiels qui en émanent? (*Lyon méd.*, 26 août.)

On voit que la nouvelle doctrine a bien des progrès à faire pour s'affirmer plus solidement et répondre à toutes ces objections.

Excision. Ce n'est plus seulement celle du chancre qu'il faudrait opérer pour faire avorter la vérole, selon les promesses de l'école allemande ; mais celle des ganglions mêmes. Deux inoculations faites avec la lymphe circuse, lactescente sur les avant-bras d'un individu sain, ont déterminé des ulcérations dès le dix-huitième jour et une syphilide papuleuse avec adénopathie généralisée ensuite.

De là la pratique générale suivie à la clinique du professeur Von Rinecker de Wursbourg. L'extirpation ganglion-

naire fut ainsi pratiquée avant l'excision du chancre. Elle est facile à exécuter, dit l'auteur, les ganglions se détachent aisément, avec leur capsule, du tissu cellulaire lâche environnant et sans aucune hémorrhagie importante. Un tube à drainage était placé dans la plaie fermée ensuite par des sutures profondes et traitée par le pansement de Lister. Dans la plupart des cas, les plaies inguinales guérirent par première intention. En voici les résultats :

Sur 7 malades ainsi opérés, et dont les observations sont rapportées in extenso, 2 seulement ont été exempts d'une infection générale immédiate. L'opération avait été pratiquée de la sixième à la septième semaine après le coït infectant. La nature du chancre étant douteuse dans ces deux cas, on voit que ces résultats ne sont pas rassurants, quelle que soit la manière dont on explique l'infection. On court toujours risque de faire une opération inutile. Il n'y a donc pas à compter sur une pareille intervention chirurgicale qui, au lieu de prévenir l'infection, peut l'étendre et l'aggraver par l'effet même du traumatisme. (*Revue méd. de l'Est*, février et mars.)

Delà les réserves de O. Lassar (de Berlin). Il n'opère qu'en l'absence d'adénites caractéristiques; 48 cas en ont été excisés à la polyclinique et dans sa pratique privée. Aidé de l'anesthésie locale par l'éther avec aspersion d'une solution d'acide phénique ou de sublimé, il ne donne qu'un coup de ciseau, en grattant ensuite avec la cuillère ou les ciseaux de Cooper si l'induration est profonde. Après suture au catgut et pansement à l'iodoforme, la plaie se cicatrise ordinairement par première intention, mais l'infiltration œdémateuse du prépuce détermine souvent une nouvelle induration.

Pratiquées du mois d'octobre 1878 au mois d'août 1882, 37 de ces excisions ont donné 19 guérisons apparentes par la disparition rapide des symptômes; au contraire la syphilis a suivi son cours habituel chez 13 opérés, sans aucun cas grave, 5 excisions sont restées exemptes de symptômes généraux, tout en suivant les opérés et bien que le diagnostic n'ait laissé aucun doute. La configuration, la consistance et la durée des ulcères avaient bien tous les caractères d'une sclérose syphilitique initiale, mais on peut bien exciser un chancre qui aurait disparu par simple résolution,

sans que aucun examen, pas même avec le microscope, puisse éclairer ce sujet.

D'où la conclusion que cette opération ne porte aucun préjudice aux malades; elle transforme les surfaces ulcérées en une plaie nette et lui permet de profiter d'une influence favorable sur la syphilis, si des exemples semblables aux précédents viennent les corroborer. (*Berlin. klin. Wochensk.* n° 23).

Résorcine. Etant un antiputride énergique qui s'oppose au développement des microzoaires, elle a été expérimentée par MM. Leblond et Fissiaux contre le chancre simple, chez les femmes de Saint-Lazare, avec la solution suivante :

℞	Eau distillée.....	20 grammes.
	Résorcine.....	5 —

Mêlez.

Une série d'observations démontrent que ce pansement donne une guérison assurée du chancre mou dans une moyenne de 23 jours seulement, tandis que l'iodoforme employé comparativement ne la produit qu'en 38. L'odeur désagréable et révélatrice de celui-ci est d'ailleurs un grand inconvénient, tandis que la poudre de résorcine en est exempte. Aucun phénomène d'intoxication n'est résulté de son emploi. (*Ann. de gynécol.*, janvier.)

CHIRURGIE. Ses applications les plus fréquentes ont changé de place : d'externes, comme elles étaient ordinairement autrefois, elles sont devenues internes. De là plusieurs chirurgies spéciales, suivant les cavités ou les organes internes qui en sont le siège. La chirurgie abdominale s'en distingue principalement par ses nombreuses tentatives et ses succès, dont plusieurs exemples nouveaux sont relatés dans le cours de ce volume. Un obstacle, un trouble ou un arrêt des fonctions digestives ne peuvent se manifester sans que s'élève aussitôt la question d'ouvrir le ventre pour y regarder et y voir de près. Grâce à la méthode antiseptique, toutes les maladies des organes contenus dans l'abdomen sont passibles du couteau par la laparotomie devenue ainsi l'opération la plus usuelle. Estomac, foie, rate et reins, rien n'y échappe.

La *divulsion du pylore* en est le spécimen le plus curieux. Elle est spécialement appliquée au rétrécissement supposé de cet organe. On ouvre l'abdomen, puis l'estomac et l'on dilate le pylore avec les deux index introduits successivement comme pour la dilatation forcée de l'anus. On suture ensuite l'ouverture de l'estomac, puis celle de l'abdomen avec toutes les précautions antiseptiques bien entendu qui autorisent et justifient toutes ces excentricités chirurgicales. Deux applications de cette nouvelle opération par MM. Loreta et Albertini auraient donné deux succès. Il faut attendre leur confirmation. (*Ann. univers. di med. et chir.*, n° 1.)

V. Rétrécissement du pylore.

Aucun chirurgien ne paraît égaler à cet égard M. Lawson Tait. D'après sa dernière statistique, il a ouvert l'abdomen dans 208 cas, dont 13 gastrotomies exploratives sans un seul cas de mort; 20 gastrotomies pour pyo-salpingite également heureuses; 2 hépatotomies pour kystes hydatiques, 2 pour hydatides du péritoine et 2 pour cholécystotomie, sans une seule mort; 1 néphrotomie et 1 néphrectomie également pratiquées avec succès; 10 hystérectomies n'ayant donné que 2 morts. Il a ouvert et drainé l'abdomen 7 fois pour des abcès pelviens et 4 fois pour des péritonites chroniques sans un seul insuccès. Au total, il n'a eu que 16 morts, soit 7, 7 0/0, sans recourir au listérisme dont il se déclare l'adversaire.

Le point important et le plus nouveau, est la gastrotomie contre la péritonite aiguë, permettant de laver et déterger soigneusement le péritoine après l'avoir mis à nu et drainé. 9 cas n'ont donné que des succès, notamment chez une femme atteinte de péritonite aiguë provenant de l'inflammation purulente des trompes de Fallope, démontrée par l'ouverture du ventre. D'où la promulgation de ce nouveau traitement chirurgical contre la péritonite. (*British med. journ.*, février.)

Un fait récent vient à l'appui. M. Bouilly a diminué la péritonite résultant d'une déchirure de l'intestin en pratiquant la laparotomie. Son opéré n'est mort ensuite que pour avoir fait renaître celle-ci en libérant prématurément la suture de la plaie. Voy. Hernies.

Une nouvelle indication de cette chirurgie audacieuse, issue de l'ovariotomie, est donnée par le docteur A. Hue,

d'après les succès obtenus de l'ovariotomie pratiquée durant la péritonite. L'inflammation de la séreuse péritonéale pouvant succéder à un traumatisme abdominal, une ponction exploratrice ou évacuatrice, une rupture kystique, il pense qu'en se montrant alors sous une forme insidieuse, simulant parfois l'étranglement interne, l'ouverture de l'abdomen est le seul moyen de s'éclairer. La toilette du péritoine pratiquée suivant les règles antiseptiques n'a rien, dit-il, d'une témérité outrée; il sera possible ainsi de sauver un certain nombre de malades. (*Thèse inaugurale*, Paris 1883.)

Chirurgie du poumon. La résection du poumon, proposée l'an passé au dernier Congrès des chirurgiens allemands, a eu le triste épilogue que l'on pouvait en prévoir. En juin 1882, le docteur Block expérimentait à cet égard sur des lapins dans le laboratoire de Virchow en réséquant des côtes ou des cartilages pour se créer des voies directes d'action sur les poumons et exhiber ainsi des spécimens de chirurgie intra-thoracique. Le lobe supérieur d'un lapin fut ainsi excisé après ligature et montré à la docte assemblée avec l'animal vivant. C'était donc là un fameux lapin! Tous les journaux en ont retenti et le nom de l'audacieux expérimentateur fut dès lors connu dans toutes les parties du monde civilisé. Quelle victoire!

Le docteur Walton, qui avait traduit en anglais, sous la dictée même de Block à Berlin, la première partie de son rapport sur ses fameuses expériences pour les faire connaître aux journaux américains, n'a pu en obtenir la fin comme il l'espérait. Après l'été passé à Paris avec son manuscrit, M. Walton, à son retour à Berlin, ne trouva plus que la nouvelle de la mort de son narrateur. Une jeune dame de ses parentes ayant été opérée par lui conformément à ses expériences, elle en était morte bien entendu. Ce résultat montra que les doutes exprimés sur cette opération n'étaient pas sans fondement. Si elle avait été aisément exécutée sur des lapins, il n'en résultait pas qu'elle fût aussi facile et simple sur l'espèce humaine que Block le croyait.

Une procédure judiciaire fut dirigée contre le trop hardi opérateur qui se suicida aussitôt en se coupant le cou. Cet

événement malheureux eut lieu à la fin de 1882. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 11).

Ce n'est pas à dire que la chirurgie pulmonaire s'arrêtera là en Allemagne. En voici de nouvelles tentatives par le docteur Wilhelm Koch à Dorpat. Un cordonnier de vingt-quatre ans, ayant eu quatre attaques successives d'arthrite fongueuse du genou droit dans sa jeunesse, puis d'expectoration abondante de matière purulente avec sueurs nocturnes, fut reconnu atteint d'une caverne dans le lobe inférieur du poumon droit. L'expectoration contenait des matières caractéristiques de gangrène pulmonaire. Après deux ponctions contre un épanchement pleurétique, une portion de la sixième côte fut réséquée le 6 juin 1882; puis, au moyen du thermo-cautère, une caverne de la dimension d'un œuf est ouverte à une profondeur de trois travers de doigt de la surface externe. Plusieurs bronches de fort calibre s'y abouchaient distinctement. La réaction fut néanmoins peu intense et la quantité des matières expectorées tomba de 400 à 120 centimètres par jour.

Dans le but de la tarir, la huitième côte fut réséquée et le thermo-cautère plongé à 14 centimètres de profondeur dans le lobe inférieur, sans rencontrer d'autre espace. Deux seringues de Pravaz, poussées de l'extrémité postérieure de la fistule vers la colonne vertébrale, aspiraient pourtant du pus liquide et fétide, comme preuve de l'existence d'une autre cavité. Le 11 juillet, elle fut mise à découvert par une incision entre la huitième et la neuvième côte en bas et en dedans de l'omoplate. L'injection de solutions de thymol, faite dans ce foyer, fut expectorée avec les matières gangréneuses. Mais celles-ci ne se tarirent pas complètement, quoique l'état de l'opéré fût plus satisfaisant.

II. Une marchande de vingt-neuf ans, ayant eu deux pneumonies dans son enfance, le typhus à quinze ans, et une néphrite plus tard, entre à l'hôpital de la Charité, le 13 juillet 1882, dans un épuisement et un amaigrissement extrêmes. Elle expectore 800 à 1000 centimètres cubes de matières liquides putrides par jour.

Une matité existant à droite entre la cinquième et la septième côte en avant et sous l'omoplate en arrière, avec respiration bruyante, amphorique, quatre pouces de la sixième côte sont réséqués deux jours après et le thermo-

cautère plongé de la ligne axillaire antérieure vers la paroi externe du côté droit du péricarde. A deux pouces de profondeur, il pénètre dans une caverne grande comme le poing, traversée par des tractus fibreux et dont le diaphragme forme la paroi inférieure. Après destruction des tractus, deux seringues sont introduites en amenant des masses fétides. Le thermo-cautère poussé plus loin arrive dans une cavité égale à une tête d'enfant d'où sortent 1000 centimètres cubes de liquide putride. De gros tubes servent à nettoyer ces cavités avec des solutions de thymol. Un profond collapsus s'ensuivit et l'opérée succombait le 22 juillet. Mais l'expectoration avait disparu et les eschares provenant de la cautérisation étaient remplacées par des granulations de bonne nature. La mort est ainsi attribuée à une phlébite de la veine-porte, une broncho-pneumonie gauche et la septicémie chronique antérieure. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 32, 1882).

Tels sont les brillants exploits qui autorisent, selon l'auteur, à intervenir chirurgicalement dans la gangrène du poumon, aiguë ou chronique, soit qu'elle provienne de la présence de corps étrangers ou de la dilatation des bronches, de même que dans la tuberculose localisée. Il est douteux que des chirurgiens prudents suivent jamais ces conseils. (*Archiv. génér. de méd.* mai.)

Chirurgie cardiaque. Voy. Cœur.

CIRRHOSE ATROPHIQUE. *Influence paludéenne.* Sur 333 malades admis dans la clinique du professeur Tomaselli de 1880 à 1882 à Catane, il est remarquable que des 32 atteints d'affections du foie et de la rate ou chylopoiétiques, il y eût 10 cas de cirrhose atrophique, 4 d'hépatite suppurée et 2 de cancer; ce qui montre que cette forme d'atrophie vulgaire est une des plus communes du foie. Aucun de ces malades n'était alcoolique; tous étaient des paysans vivant au milieu de la malaria plutôt que dans l'ivrognerie. Preuve de l'influence spéciale du miasme palustre sur cette affection. Elle se rencontre ainsi, comme le signale le professeur, chez les individus anémiés et infectés de malaria. Ce qui coïncide parfaitement avec les habitudes de sobriété au lieu d'alcoolisme qui règnent dans les contrées méridionales de l'Italie.

Une étiologie différente est souvent attribuée ainsi trop exclusivement à la même affection, suivant les contrées, les climats et les habitudes. Tandis que l'alcoolisme en est regardé comme la principale cause, voici qu'elle se développe également ici en son absence. Elle doit donc être encore plus fréquente et grave dans les contrées palustres comme l'Algérie où l'alcoolisme vient s'y joindre, surtout parmi les militaires. C'est dans la variété des symptômes résultant de ces différentes causes que serait le principal intérêt pratique de cette régression hépatique, et les moyens de la combattre.

Le régime lacté exclusif a donné dans ces cas quatre succès équivalant à la guérison pour les malades sortis de l'hôpital. L'autopsie des autres n'a rien présenté de notable, sauf l'altération macroscopique de la cirrhose annulaire dans un cas et au lieu d'être comme d'ordinaire dur, résistant, coriace, criant sous le scalpel, le foie était plus mou qu'à l'état normal. Cette flaccidité était due, d'après l'examen histologique, à la néoformation de la plus grande partie du tissu connectif en tissu embryonnaire et à sa pénétration à la périphérie des groupes de lobules entre les cellules de ceux-ci. Le sujet n'avait que dix-sept ans. (*Note raccolte durante il biennio* 1880-82, par le prof. Ughetti, adjoint à la clinique ; Catane, 1882.)

Un cas en a été observé par le docteur Northrup, chez une petite fille de quatre ans et trois mois, sans aucune étiologie spéciale. Elle succomba à la scarlatine, sans avoir présenté aucun symptôme pouvant faire soupçonner cette altération du foie. Pas de syphilis héréditaire ni rien dans l'alimentation ayant pu l'avoir produite.

L'autopsie montra le foie petit, épaissi, à bords arrondis, surface mamelonnée, couleur café au lait, consistance ferme et criant sous le scalpel. La coupe montre des tractus fibreux enfermant des amas gros comme un grain de millet. Au microscope, la cirrhose atteignait des lobules isolés, même partiellement. Rate petite et sclérosée.

D'où la conclusion qu'il n'y a pas de différences anatomiques entre la cirrhose de l'enfant, de la naissance jusqu'à deux et trois ans, avec celle de l'adulte. Si son origine syphilitique est probable, elle n'est pas plus démontrée que son origine alcoolique après trois ans. Ce serait donc une

dégénérescence de cause générale. (*Soc. pathol. de New-York*, mai).

COEUR. La *chirurgie cardiaque*, inaugurée expérimentalement en Allemagne l'année dernière, s'affirme à New-York avec assurance. Après le docteur John Roberts considérant la ponction des parois du cœur, pour l'aspiration directe du sang du ventricule droit, comme le meilleur moyen de combattre la dilatation ou la distension excessive de ce ventricule en cas d'engorgement pulmonaire intense, deux exemples en sont relatés par le docteur Dana sans accident. Il proclame que cette opération n'est ni difficile ni dangereuse et la croit indiquée dans les cas de paralysie soudaine du cœur, quand le ventricule est très distendu, c'est-à-dire arrêté en diastole. L'aiguille, dit-il, en diminuant la dilatation et en irritant le cœur, peut en ranimer les battements. Il ne recommande pas la ponction de l'oreillette, non à cause de son danger, mais parce qu'elle est principalement un réservoir et un régulateur de la contraction du muscle. La saignée lui paraît préférable dans les cas de *laboring heart? (New-York med. Record*, janvier et février). Ces traits de l'audace américaine ne sont-ils pas la négation même de la science qui enseigne à respecter la vie humaine?

Persistance des battements. Malgré la dilacération du bulbe avec le perforateur sur un fœtus dont l'extraction résistait au forceps, M. Budin a constaté que les battements du cœur n'ont cessé que par la compression du crâne avec les branches du céphalotribe. La pointe de l'instrument dirigée jusqu'à l'origine du canal rachidien avait laissé des traces sur les côtés du trou occipital, et le bulbe, complètement détruit, ne présentait plus qu'un tronçon médullaire dont la partie supérieure, correspondant au collet du bulbe, était affaissée et comme vidée de substance grise. Il en est donc ici comme chez les animaux, et les battements du cœur, pendant l'accouchement, ne peuvent plus être ainsi considérés comme un signe absolu de la vie et la santé du fœtus.

Ces battements persistaient aussi après l'extraction d'un fœtus sur lequel l'insufflation fut pratiquée en vain pendant

une heure et demie. L'autopsie montra une luxation de la portion écailleuse de l'occipital sur la portion basilaire d'arrière en avant ayant mis la substance cérébrale en détritus. (*Soc. de biol.*, 12 mai.)

Ectopie cardiaque. Elle a été rencontrée par M. Tarnier chez une femme enceinte de neuf mois ayant une hernie ombilicale et qui avait mené à terme une grossesse antérieure. Le sternum étant bifide inférieurement, le cœur bat en quelque sorte sous la peau; ce qui permet de saisir avec les doigts la partie ventriculaire de l'organe que l'on sent ainsi battre dans la main. Le phénomène n'est pas aussi net en ce qui concerne les oreillettes; on ne peut en sentir le battement qu'en enfonçant son doigt dans la partie supérieure de la fente sternale.

D'où la démonstration que la dilatation cardiaque sous l'influence de l'afflux sanguin produisant la diastole ventriculaire ne détermine pas les battements du cœur, comme Beau l'admettait. Si logique que cette théorie paraisse, elle n'est pas exacte, comme l'examen de cette femme suffit à le démontrer. Si au lieu de regarder le cœur de cette malade, on le saisit entre les doigts, on constate, de la manière la plus nette, que ce n'est pas lorsque le cœur est le plus gros qu'il produit un choc, mais bien lorsqu'il est le plus dur. (*Acad. de méd.*)

Anomalie ventriculaire. Un enfant du sexe féminin présentait en naissant, au niveau de la ligne blanche, un cordon gros comme le doigt, s'étendant du sternum à l'ombilic et animé de battements isochrones à ceux du cœur, placé à son siège normal, sans aucune lésion organique appréciable.

Pendant un an que vécut cette fille, cette anomalie n'offrit aucune modification appréciable. La mort, déterminée par une pneumonie, permit au docteur Gibert (du Havre) de constater que le cœur occupait sa situation normale, sans rien de particulier dans sa structure. Le ventricule droit présentait seul un diverticulum creux en forme de doigt de gant. Ce prolongement ventriculaire traversait le diaphragme, qu'il avait sans doute perforé, et descendait jusqu'à la face interne de la paroi abdominale antérieure.

C'était lui qu'on sentait battre le long de la ligne blanche. Son examen par M. Blanchard montra que la surface interne de ce diverticulum était sillonnée de colonnes charnues, identiques aux colonnes ventriculaires. Ses parois étaient constituées par des fibres musculaires de même nature que celle du cœur. Ne correspondant à aucun organe embryonnaire, il forme ainsi une véritable anomalie du cœur, dont aucun exemple ne paraît avoir été relaté jusqu'ici. La respiration n'était nullement modifiée par cette perforation du diaphragme. (*Soc. de biol.*, 5 mai.)

Gommes du cœur. Une femme de trente-huit ans arriva à l'hôpital de Dantzig le 6 juillet 1882, maigre, cyanosée, avec léger œdème des membres supérieurs, de l'ascite, dyspnée et douleur vive à l'épigastre. Celle-ci s'exaspérait parfois et s'irradiait à l'épaule gauche coïncidemment avec des accès d'orthopnée. Sensibilité extrême de la région sternale et de l'épaule gauche à la pression, sans gonflement de cette jointure ni de fixité du membre. Pouls de 100 à 110 pulsations, petit, dépressible, parfois intermittent; exagération de la matité cardiaque dans le sens transversal, avec souffle systolique perceptible dans toute la région. Urines claires, alternativement rares et abondantes, sans albumine.

Cette femme niait tout antécédent vénérien; mais la présence d'exostoses au niveau des tibias et d'anciennes cicatrices pigmentées ne permettait pas de méconnaître la syphilis. Une affection syphilitique du cœur fut diagnostiquée par le docteur Freymuth, prescrivant la digitale, puis l'iodure de potassium et les frictions mercurielles.

Pendant deux mois et demi d'observation, la fièvre survint presque tous les soirs. La bronchite et l'œdème pulmonaire précédèrent le coma et la mort arriva le 21 septembre. Le cœur, à l'autopsie, est remarquable par son exiguité et la minceur de ses parois. La cloison interventriculaire, siège habituel des gommes d'après Virchow et Wagner, présente trois tumeurs grosses comme des noisettes, arrondies, avec un produit caséeux jaunâtre à l'intérieur. Elles sont entourées de tissu fibreux, et plusieurs autres petites tumeurs semblables existent dans la paroi du ventricule gauche, sans autre lésion appréciable que la

mollesse, la flaccidité et la fragilité musculaire. Ces gommes ont été soumises à la *Société de médecine de Berlin* le 2 juillet. (*Archiv. de méd.*, novembre.)

Effets du salicylate de soude. Les contradictions des précédents résultats expérimentaux ont conduit le professeur Maragliano, de Gênes, à une triple série d'expériences pour mieux en fixer l'action sur le cœur. En examinant matin et soir au sphygmographe le pouls des malades faisant un usage régulier du salicylate, avant, pendant et après son administration, il a constaté que le pouls devenait plus fort à mesure que la dose du médicament augmentait, et la ligne systolique du tracé plus élevée. L'administration unique de 5 grammes de salicylate a montré par le tracé du pouls, avant et après, qu'il devenait plus fort et la ligne systolique plus accentuée. Cette augmentation a lieu une heure après l'absorption, atteignant son maximum après deux à trois heures et diminuant trois à quatre heures ensuite. Le dicrotisme normal était exagéré et dégénérait parfois en tricrotisme. Quant à la pression artérielle mesurée par la méthode de Bœsch, après cette simple administration, elle s'élevait une heure après l'ingestion et retombait à la normale trois heures ensuite, l'augmentation variant de 10 à 20 millièmes de mercure. Le salicylate, d'après ces résultats, n'exerce donc aucune action fâcheuse sur le cœur. (*Practitionner*, juin.)

Antagonisme de l'atropine et de la pilocarpine. Etant établi que l'atropine accélère le rythme cardiaque, en rendant inexcitables les nerfs modérateurs associés au nerf vague, et que la pilocarpine le ralentit, M. Morat s'est assuré que c'est en paralysant les éléments excito-moteurs contenus dans le sympathique cervico-thoracique ou nerfs accélérateurs.

En cherchant à savoir, par des expériences de contrôle, si c'était par une action toxique sur ces éléments nerveux que ces deux agents étaient antagonistes, l'auteur a observé que les accélérateurs étaient réfractaires à l'excitation comme les vagues chez l'animal atropinisé, le rythme du cœur restant invariable, et qu'il en était de même chez l'animal pilocarpinisé. La paralysie seule diffère. Elle n'est jamais

aussi prompte à se produire sur un des deux ordres de nerfs que sur l'autre. D'où la conclusion qu'elle est plus complète pour l'un que pour l'autre, suivant la substance employée : ce qui explique l'accélération avec la première et le ralentissement avec la seconde.

En d'autres termes, l'atropine et la pilocarpine agissent à la fois sur les deux ordres de nerfs cardiaques et dans le même sens, en diminuant leur excitabilité, mais d'une façon générale. *L'antagonisme ne réside pas dans les substances elles-mêmes, mais dans l'appareil nerveux auquel elles s'adressent.* (*Soc. de biol.*, 4 août.)

Extrait de muguet. L'action de ce nouveau médicament sur le cœur et les reins, comme succédané de la digitale, mise au jour par le professeur Sée (*V. année* 1882), paraît avoir été prise plus au sérieux en Amérique qu'en France, si l'on en juge par les résultats publiés. Le *New-York medical Record*, depuis le mois de septembre 1882 au mois de février dernier, n'a cessé d'en montrer les effets surprenants. Dans deux cas de maladies du cœur, son extrait fluide, donné par le docteur Hurd, a déterminé une abondante diurèse dès le troisième jour, au point que de 8 *ounces* l'urine s'est élevée à 60.

Dans un cas de fièvre typhoïde, le docteur Smith, trouvant le pouls imperceptible, ainsi que le premier battement du cœur, fit une injection hypodermique avec cet extrait fluide, et aussitôt le cœur et le pouls se rétablirent normalement. De même dans un cas de péritonite où le collapsus était si profond, malgré la caféine, l'atropine et le galvanisme, que l'homme paraissait mort. Une demi-heure après l'injection de convallarine, les battements du cœur reprirent leur force et le malade guérit.

En employant la convallarine contre une hydropisie cardiaque et rénale avec insuffisance du cœur, le docteur B. Robinson a obtenu des résultats favorables, de même que dans un cas d'emphysème avec asthme.

Administré dans 20 cas par le docteur H. Taylor, en enregistrant chaque jour ses effets sur le pouls, la respiration et la diurèse, cet extrait lui a paru être substitué avec avantage à la digitale. Contre une névrose du nerf vague, avec une extrême fréquence des battements du cœur, ceux-ci,

de 140 par minute, malgré dix gouttes de digitale, sont tombés à 120 en cinq minutes, après une injection hypodermique de l'extrait fluide de convallarine pratiquée par le docteur Polk. (*Acad. de méd. de New-York.*)

De ses expériences sur les lapins, le docteur J. Ott conclut que la convallarine augmente beaucoup la tension artérielle et les battements, mais que ceux-ci s'affaiblissent avant la tension, sans qu'on puisse l'attribuer à une excitation inhibitoire. L'action est directe sur le cœur et probablement la structure musculaire. L'élévation de la tension artérielle est principalement due à la stimulation d'un autre appareil vaso-moteur que le centre principal. D'où le spasme clonique en résultant.

Sa comparaison avec la digitale montre une action différente sur le ralentissement du cœur : celui de la digitale est dû à une excitation inhibitoire ; c'est en dehors du cœur que la convallarine agit. La digitale n'accélère pas primitivement le cœur d'ordinaire, comme le fait la convallarine. Après la section de la moelle spinale, la digitale est sans action sur la tension artérielle, tandis que la convallarine la conserve. Son action, comparée aux agents cardiaques, comme l'aconit et d'autres, montre qu'elle n'appartient pas à ce groupe, d'après ses différences avec la digitale. L'élévation de la tension artérielle décèle sa valeur dans les hydropisies, d'après la théorie de Ludwig sur la sécrétion rénale. C'est un médicament dont les doses doivent être limitées, si l'on juge de ces différences d'action sur le cœur des animaux inférieurs avec les autres médicaments cardiaques. (*Arch. de méd.*, février.)

Dans son *Traité des maladies du cœur*, le professeur Peter conseille l'emploi du mélange suivant comme dérivatif :

Poudre de scille.....	àà 5 centigrammes.
Poudre de digitale.....	
Calomel	

Mêlez et divisez en trois paquets, à donner à une heure d'intervalle.

Cette préparation s'adresse à la fois aux reins par l'intermédiaire de la scille et de la digitale, au foie par l'intermédiaire du calomel, et au cœur par celui de la digitale ;

elle produit ainsi un effet triplement bienfaisant. On en peut renouveler l'emploi à un, deux ou trois jours d'intervalle suivant les indications.

Diagnostic et traitement des maladies du cœur et en particulier de leurs formes anomales, par M. G. Sée, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Le succès de cet ouvrage en a rapidement épuisé la première édition. Une seconde étant devenue nécessaire, l'auteur a insisté surtout sur les formes anomales, qui en font toute l'originalité. Il en décrit six : pulmonaire, hydropique, fonctionnelle, gastro-hépatique, cérébrale, typhoïde ou septique, c'est-à-dire l'endocardite ulcéreuse.

Cette nouvelle manière d'étudier ce sujet difficile par les symptômes les plus apparents, les accidents grossiers si l'on peut dire des lésions organo-anatomiques, permet d'en déduire directement les moyens thérapeutiques propres à les combattre et à soulager les malades. En étant mieux à la portée de tous les praticiens que la méthode opposée des lésions anatomiques, elle doit faire surtout le succès de cet ouvrage.

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par le docteur Constantin Paul, de l'Académie de médecine; un volume in-8°, Paris, 1883.

Résumé des recherches de l'auteur, notamment sur la topographie et la mensuration du cœur, l'auscultation et les erreurs d'interprétation des bruits morbides du second temps. Les altérations congénitales et la thérapeutique ont aussi une large place dans cet ouvrage.

De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement, par M. H. Rendu; in-4° de 109 p.

COLECTOMIE. Cette résection du côlon, née en France par le succès de Reybard, y fut mal accueillie ou plutôt repoussée par l'Académie de médecine en 1844. Ce qu'il en est advenu depuis montre bien la différence du sens pratique et réservé des chirurgiens d'alors avec les témérités, les audaces actuelles. Reprise en Allemagne par Gussenbauer en 1877, sur le crédit de l'innocuité des manœuvres chirur-

gicales avec l'antisepsie actuelle, les succès de l'entérectomie en général et ceux de la colotomie en particulier, elle y fut reçue et poursuivie avec une sorte d'enthousiasme, bien qu'elle n'ait donné que des insuccès. Sur 11 cas collectés par le docteur Petit, 2 succès incomplets seulement s'ensuivirent moyennant un anus contre nature : c'est celui de Martini, de Hambourg, et celui de Marshall ; le huitième opéré ayant succombé à une récidive du cancer *in situ* moins de huit mois après son excision. Pas un succès complet n'est résulté de cette opération telle que l'avait exécutée Reybard, excepté le sien. Malgré tous les perfectionnements apportés au manuel opératoire par les chirurgiens allemands et anglais, aucun n'a pu être encore aussi heureux que lui, même avec les méthodes antiseptiques.

C'est en voulant substituer la résection de l'intestin à sa division simple par la colotomie, dont les nombreux succès ont été mis en évidence par les chirurgiens anglais et américains (Voy. *année* 1882) que tous ces malheurs se sont produits. Les deux survivants en sont la preuve et forment comme l'acte d'accusation contre cette nouvelle entreprise.

Les tentatives de cette résection circulaire avec suture consécutive des deux bouts de l'intestin dans les hernies gangrénées sont un autre témoignage éclatant de ses insuccès. Tout le bruit fait en Allemagne et les nombreux procédés opératoires imaginés et exécutés pour la rendre plus heureuse n'ont abouti qu'à des statistiques désespérantes, et des 3 opérés en France par cette méthode aucun n'a survécu dès que l'on a voulu supprimer l'anus contre nature. Il y a en effet dans cette partie terminale de l'intestin des conditions spéciales pour que l'entérectomie ne réussisse pas comme au-dessus. Il ne passe là que des matières fécales entièrement digérées, le détritus de l'alimentation, et leur contact seul sur la plaie suffit à s'opposer à la cicatrisation. Il semble dès lors préférable de leur donner une issue immédiate par l'anus contre nature (Voy. HERNIES.)

La difficulté et le danger de la résection du côlon ressortent de tous ces exemples. Les mauvais résultats immédiats et éloignés qu'elle donne doivent lui faire préférer la création d'un anus contre nature. Lorsqu'on est obligé d'intervenir dans un cas d'obstruction intestinale, causée par

une tumeur de l'abdomen qu'on suppose être un cancer, il vaut mieux pratiquer d'emblée un anus contre nature, inguinal ou lombaire, que de courir les mauvaises chances de l'extirpation du cancer abdominal. (*Bull. de thérap.*, juin.)

CONJONCTIVITE. *Bacille du jequirity*. L'effet surprenant de cette liane à réglisse sur l'ophthalmie purulente (Voy. *année* 1882) a conduit M. Wecker à en faire analyser les graines. Le professeur Sattler a trouvé que l'infusion contient un bacille qui, mis en contact avec la conjonctive, pullule en abondance sur elle et dans les membranes croupales que les lotions provoquent. La culture de ce bacille a prouvé que les produits en résultant provoquaient également l'ophthalmie jéquirityque, tandis que l'infusion stérilisée n'exerçait plus aucune action sur la conjonctive. (*Acad. des sciences*, 14 mai).

Des expériences renouvelées par MM. Cornil et Berlioz ont montré que ces graines ne contiennent pas de bacille, non seulement par la réaction directe de l'aniline sur ces graines, mais leur macération dans des liquides appropriés n'a rien produit; administrées à plusieurs animaux qui en sont morts, elles n'ont développé aucun bacille. Il est donc probable que ceux rencontrés dans ces infusions venaient de l'air et qu'ils ont trouvé dans ce liquide des éléments favorables à leur développement. (*Soc. de biol.*, 27 octobre.)

Conjonctivite granuleuse. *Inoculation purulente*. Un nouveau succès de cette redoutable opération, peu employée en France, a été pour son auteur, le docteur Terrier, l'occasion d'un historique très complet, un tableau synoptique des opérations analogues, au nombre de 17, avec une discussion critique de tous ces faits. L'inoculation avec le liquide de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés est ainsi définitivement justifiée, comme une bonne méthode de traitement des anciennes granulations conjonctivales avec pannus. Un pannus complet et épais en est la seule indication. L'échec de l'inoculation du pus ophthalmique autorise seul à le remplacer par le pus blennorrhagique conjonctival ou uréthral. (*Revue de méd.*, février.)

Action du jéquirity. En en continuant l'emploi expérimen-

tal chez deux malades, M. Terrier a obtenu un succès presque complet et un insuccès absolu, en employant la même solution au 50e. Dans l'impossibilité d'expliquer cette contradiction, il est remarquable que les granulations non guéries dataient de deux ans, et les autres de quatre mois seulement. C'était là toute la différence, et rien n'est plus logique que d'en voir la cause. (*Soc. de chir.*, 20 juin.)

Essais sur le traitement de la conjonctivite granuleuse chronique grave, thèse inaugurale, par le docteur Collache, Paris. Quatre observations résument toute l'économie de ce travail. L'une est la guérison par le glycérolé au sulfate de cuivre au 8e, préconisé comme le meilleur caustique en pareil cas. L'autre est résultée des inoculations, et une troisième est survenue par l'invasion accidentelle d'une ophthalmie purulente. Dans la quatrième, les inoculations de pus d'abord atténué, ensuite de pus pur concentré, comme aussi les lotions avec le jéquirity, étaient restées impuissantes; la guérison fut obtenue avec le glycérolé au sulfate de cuivre. C'est dans cet ordre que ces divers moyens doivent être employés, suivant le professeur Abadie, qui a inspiré ce travail.

Conjonctivite rhumatismale. A l'appui de cette étiologie, déjà signalée l'année dernière, M. Perrin apporte de nouveaux faits pour la faire admettre explicitement. Elle se confond dans ses principaux traits, surtout quant à la rapidité et la gravité des accidents, avec la conjonctivite purulente blennorrhagique ; comme celle-ci, elle fait courir les plus grands dangers à la cornée, malgré le traitement le mieux dirigé. L'écoulement uréthral concomitant, lorsqu'il est chronique, séro-muqueux, blennorrhéique, c'est-à-dire non contagieux, ne saurait la produire. A un degré moins grave, elle affecte la forme simplement catarrhale. Au traitement topique avec le nitrate d'argent ou la solution argentique, des lotions ou pulvérisations très fréquentes d'eau alcoolisée à 25 0/0 sont nécessaires.

Tout en admettant l'étiologie rhumatismale de cette dernière forme, M. Panas n'a jamais vu l'ophthalmie de ce genre devenir grave. Dans le cas de purulence sans blennorrhagie, il peut y avoir d'autres causes de suppuration

de l'œil, comme le trachome, des granulations conjonctivales latentes, des maladies des paupières, des excoriations de la cornée. Mais, tout en admettant cette possibilité, la purulence développée sous la seule influence rhumatismale dans un certain nombre de cas ne permet pas de la révoquer en doute. (*Acad. de méd.*, mai.)

Conjonctivite parasitaire. *Acide borique.* Les microbes trouvent un développement facile dans l'œil, et c'est ainsi que dans les maladies oculaires externes l'emploi d'un parasiticide non irritant est indiqué, selon M. Lucas-Championnière. Il pratique ainsi des lotions répétées dans les affections de la conjonctive et des paupières, sans préjudice des autres traitements, avec la solution suivante :

℞ Eau pure	100 gr.
Acide borique	3 gr. 50

Mêlez.

Il suffit d'en faire chauffer plein une cuiller sur une lampe ou une bougie pour en imprégner une éponge fine ou un linge propre servant à lotionner les paupières, en en répandant quelques gouttes dans l'œil. Ces lotions ont une efficacité merveilleuse chez les enfants surtout. Des conjonctivites catarrhales, incurables autrement, ont disparu après quelques lavages. (*Journ. de méd. et chir. pratiques,* juin).

Conjonctivite des bergers. Elle est produite, selon le docteur Manez, par des larves de mouches donnant lieu aux symptômes suivants : douleurs vives dans le sillon oculo-palpébral supérieur, larmoiement, occlusion et œdème des paupières. Ces larves sont allongées, blanchâtres et animées de mouvements rapides. Après leur extraction, les lotions avec l'acide borique suffisent à guérir la conjonctivite persistante. (*Siglo med.*, 1882.)

D

DIABÈTE. Sur 600 cas collectés par le docteur Schmitz, il y avait 407 hommes et 193 femmes seulement, soit moins de la moitié. L'âge des malades variait entre quatre et

soixante-huit ans. L'hérédité était signalée dans 248 cas, et, parmi les causes déterminantes, le trouble mental figure chez 183 malades, une diète trop sucrée chez 153 et la goutte dans 45. La diminution du sucre a souvent coïncidé avec l'augmentation des phosphates et des oxalates. La quantité de l'albumine fut dans un rapport inverse à celle du sucre. L'obésité existait dans 35 cas, tandis que la maigreur et la sécheresse de la peau étaient très fréquentes. Les morts subites sont surtout attribuées à la faiblesse du cœur plutôt qu'au coma. (*Deutsch. med. Wochens.*, 1882.)

Etiologie. Un débat solennel a été soulevé à la *Pathological Society* pour élucider les lésions anatomiques de cette maladie. Elles sont localisées dans le cerveau, d'après le docteur Dickinson ; mais les nombreuses autopsies faites dans les différents hôpitaux de Londres sont absolument négatives à ce sujet, comme en déposent unanimement ceux qui les ont pratiquées.

L'examen chimique est la seule méthode pour découvrir ces lésions, qui siègent dans le foie, selon le docteur Pavy, déterminées par une altération du grand sympathique. Le docteur Ralfe, en insistant sur le coma comme le principal caractère du diabète, a paru le localiser aussi dans le système nerveux. La question reste ainsi ouverte, à savoir s'il s'agit d'une paralysie vaso-motrice, causée directement par une maladie du grand sympathique ou indirectement par un défaut chimique des viscères chylopoiétiques ou du sang. (*Lancet*, avril, mai.)

De là l'approbation donnée à l'emploi du bromure de potassium, préconisé par le docteur Felizet contre les premières manifestations du diabète. Il est évident qu'il s'adresse seulement à l'élément nerveux. D'où l'emploi simultané des autres agents diététiques et médicamenteux, pouvant combattre efficacement les divers autres éléments morbides. De là les nombreux succès invoqués par l'auteur, sans que l'on doive les attribuer exclusivement au bromure de potassium. Donné à trop haute dose, il peut même provoquer l'acné et des furoncles et amener une dépression dangereuse. Ce n'est donc que comme adjuvant qu'il doit être employé dans un grand nombre de diabètes. (*Acad. de méd.*, 28 août.)

Anthrax. On a dit à tort, selon M. Verneuil, qu'il était causé par le diabète; l'anthrax survient, dans ces cas, chez d'anciens diabétiques et fait seulement reparaître et reconnaître le sucre dans leur urine. (*Assoc. française*, août.)

Pneumaturie. Une nouvelle complication du diabète a été observée chez l'homme : c'est l'émission de gaz s'échappant d'une manière irrégulière par le canal de l'urèthre durant la miction, et pouvant donner lieu à un bruit de gargouillement. En voici quatre exemples relatés par le docteur Guiard :

I. Un médecin de soixante-dix-sept ans, ayant subi deux lithotrities et une taille prérectale, était atteint du diabète depuis de longues années. Il commença à rendre des gaz par la verge en 1879, sans aucun autre symptôme local ni général. Cette émission a continué depuis d'une façon intermittente, sans être précédée de tension hypogastrique, d'aucune gêne, ni d'envies plus fréquentes d'uriner. Ces gaz ne s'échappent qu'à la fin de la miction par une véritable détonation, comparable au gargouillement des intestins, et sont inodores. L'urine est claire, acide, dépose du sable et contient 4 gr. 10 de sucre par litre. Aucune fistule n'est appréciable.

II. Un homme de soixante ans, goutteux depuis trente, avec accès de coliques néphrétiques et de pyélo-néphrite, est diabétique depuis vingt ans. Ses urines contiennent jusqu'à 10/100 de sucre, ce qui, sur deux litres et demi par jour, fait un total énorme. Une rétention d'urine incomplète par hypertrophie prostatique s'est manifestée récemment. D'où de nombreux cathétérismes pour l'exploration et l'évacuation de la vessie.

En juillet 1881, des gaz ont été rendus par la verge d'une manière intermittente jusqu'en janvier 1882. Ils étaient sans odeur; urines acides, donnant dans le vase une effervescence évidente, comparable à l'eau de Seltz ou à du champagne et durant quelques instants après l'émission. Elles contenaient beaucoup de leucocytes et de vibrions au microscope. Aucun signe de fistule intestinale.

III. Un homme de cinquante et un ans, devenu gros mangeur, tourmenté par une soif insatiable depuis quelques années et urinant en moyenne quatre litres par jour, entre en février 1882, service du professeur Guyon, pour un

calcul dont les symptômes remontaient à plus de six mois. Depuis deux mois environ, il avait remarqué avec surprise l'émission de gaz inodores accompagnant les dernières gouttes d'urine, avec bruit de gargouillement, sans aucune sensation désagréable. Après la lithotritie et la guérison, les urines examinées contenaient du sucre en quantité notable.

IV. Un homme de soixante ans, diabétique depuis cinq et atteint d'un rétrécissement traité par la dilatation, présente depuis trois ans un écoulement prostatique se produisant sous forme d'éjaculation pendant les garde-robes. La pression sur la prostate provoque l'issue d'une quantité notable de liquide blanchâtre, sans aucune douleur.

Il n'existait plus de sucre dans les urines en mars 1882, lorsque, au mois d'octobre suivant, ce malade accuse un nouveau phénomène, plus bizarre encore : il rendait des gaz par la verge. 35 grammes de sucre par litre furent constatés dans les urines. Un traitement approprié fit abaisser ce chiffre à 19 grammes en cinq semaines, et simultanément les gaz diminuaient, si bien qu'à la fin de novembre ils ne se produisaient plus qu'à intervalles éloignés. L'urine contenait des leucocytes abondants et de nombreux organismes inférieurs au microscope.

En l'absence de la torulacée ni d'aucun produit de la fermentation de l'urine, il ne reste à invoquer qu'une exhalation aériforme de la muqueuse ou une décomposition spéciale de l'urine, pour expliquer la formation de ces gaz, aucune communication avec l'extérieur n'en rendant compte. Leur développement spontané étant admis, l'auteur pense, avec M. Guyon, son maître, qu'il a son point de départ dans la présence du sucre et qu'il s'agit là tout simplement d'une fermentation acide, c'est-à-dire du dédoublement du sucre en alcool et acide carbonique, sous l'influence des germes atmosphériques importés dans la vessie par les instruments du cathétérisme. (*Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, page 242.)

Malheureusement, aucune de ces confirmations n'a été faite. L'analyse chimique des gaz manque, et l'on ne s'est même pas assuré de leur émission réelle, de leur gargouillement, de leur effervescence, ni d'aucun autre signe de leur présence. Cette allégation des malades n'est pas précisément rare, sans maladie de la vessie. Une femme hystérique,

entre autres exemples d'excentricités analogues, m'a dit ainsi rendre des gaz par l'urèthre. Ces faits n'ont donc pas d'autre intérêt qu'une curiosité clinique, et leur réalité pourra être contestée comme leur origine, tant que l'analyse n'en aura pas été faite.

Rétraction de l'aponévrose palmaire. Ce fait nouveau est signalé par un médecin français exerçant à New-York et qui, atteint d'un diabète sucré d'origine nerveuse, l'observa sur lui-même. Malgré l'abaissement de la glycosurie et un état général satisfaisant, il remarqua une sensation de sécheresse spéciale de la paume des mains au toucher. Des nodosités se dirigeaient vers le médius et l'annulaire, en subissant un léger degré de flexion s'accusant de plus en plus. Son attention, éveillée à ce sujet, lui fit constater la même altération chez plusieurs diabétiques américains, atteints surtout de diabète insipide.

C'est en communiquant ce fait que M. Cayla, interne des hôpitaux, put aussitôt en recueillir des exemples. La même altération a été ainsi récemment constatée par M. Dreyfus-Brisac, à l'hôpital Lariboisière, chez un diabétique atteint de lithiase rénale. Un troisième cas en fut observé chez un malade du service de M. Hayem atteint de diabète insipide; quatre autres ont aussitôt été rencontrés dans divers services. Aucune observation analogue ne se trouve pourtant dans la littérature médicale. D'où l'indication d'y regarder de plus près à l'avenir, surtout chez les arthritiques, dont cette rétraction pourrait être une manifestation spéciale. Elle peut être d'ailleurs un simple effet trophique dont le diabète est si prodigue. (*Gaz. hebd.*, n° 47.)

Signalée dans la goutte par divers auteurs, notamment par M. Polaillon dans le *Dictionnaire encyclopédique*, cette rétraction tendineuse, dont le docteur Bordier rapporte un nouvel exemple personnel, est rapprochée par lui de la tumeur tendineuse de la face dorsale des saturnins sur le trajet des extenseurs, observée par Gubler et qu'il attribuait à la paralysie (*V. année* 1868). Il n'y a donc rien de nouveau ni de spécifique à cet effet trophique dans le diabète. (*Journ. de thérap.*, décembre.)

Coma diabétique. Sa fréquence est beaucoup plus grande qu'on ne le pense généralement, suivant le professeur Fre-

richs, d'après son expérience de plus de 400 cas qu'il en a observés. Sans avoir pu en dresser une statistique exacte, la plupart des cas de mort rapide doivent lui être attribués. La mort subite peut résulter d'une syncope par la paralysie ou l'arrêt du cœur, le collapsus avec troubles nerveux fonctionnels plus ou moins marqués, l'insensibilité, le délire, la somnolence et le coma accompagné souvent d'anxiété et de dyspnée, sans aucune cause excitante. Un excès de marche, de travail ou de fatigue, une émotion vive ou l'anxiété peuvent la déterminer. De nombreux décès attribués à l'urémie par les accidents antérieurs lui sont dus. L'embolisme n'a jamais été rencontré, et l'acétonémie ne détermine pas le coma. C'est donc à celui-ci que la mort rapide ou subite est due le plus souvent. (*Zeitschr. für klin. medicin.*)

Sur 43 décès diabétiques à l'hôpital Guy, le docteur F. Taylor en a trouvé 29 déterminés par le coma, dont 14 sans aucune autre cause expliquant la mort. Diverses complications graves existaient dans les autres. D'où le danger de cette terminaison fatale. (*Guy's hospital reports.*)

Permanganate de potasse. Ayant observé les bons effets de ce sel chez les diabétiques, hommes en particulier, le professeur Masoin a voulu se rendre compte de son action d'après sa composition chimique. Excluant tout d'abord l'oxygène par sa quantité infinitésimale, et la potasse comme agent d'oxydation, il s'arrête au manganèse, élément essentiel de l'organisme. Sans admettre son déficit ni les anémies manganiques dont on a parlé, il montre son action spéciale sur le foie, rendue évidente par son élimination, comme la plupart des autres métaux. La bile en contient ainsi les plus fortes proportions. Laschkewitsch a démontré expérimentalement, en administrant divers sels manganiques à des animaux, la dégénérescence graisseuse du foie.

L'augmentation de volume du foie ou son hypertrophie étant l'altération la plus fréquente du diabète, qu'elle résulte d'une prolifération cellulaire, d'une simple hyperémie, d'une hyperplasie inflammatoire ou d'une véritable fluxion, le fait n'en est pas moins positif. C'est donc en le combattant directement, topiquement pour ainsi dire, que le manga-

nèse, en annihilant cette hypertrophie, guérirait le diabète.

La preuve de cette interprétation se trouve dans les faits mêmes. L'hypertrophie du foie est bien plus fréquente chez les diabétiques du sexe masculin, dans la proportion de 23 à 5, suivant les relevés de Seegen. D'autre part, c'est dans le cas d'un développement anormal du foie que le manganèse s'est montré le plus efficace. Tous les cas rebelles ne présentaient aucune modification du volume de l'organe. Ce sel conviendrait donc spécialement au diabète sucré d'origine hépatique existant chez l'homme, en exerçant une action topique sur le foie. (*Acad. de méd. de Belgique*, novembre 1882.)

Traitement du diabète sucré par le permanganate de potasse, par E. Masoin, membre de l'Académie de médecine; brochure in-8°, 1883.

Balano-posthite. Due probablement au développement de végétations microscopiques entretenues par la présence du sucre et de la matière sébacée, elle est combattue efficacement par le docteur C. Simon, après chaque miction, par des lotions légèrement phéniquées, saupoudrant ensuite le gland et le prépuce avec la poudre suivante :

Oxyde de zinc.....	ãã 25 grammes.
Amidon.....	
Acide salicylique.....	1 gramme.

(*Lyon médical.*)

Régime alimentaire. L'analyse du pain spécial aux diabétiques, faite par le docteur Esbach, chef du laboratoire de chimie à la clinique médicale de Necker, a montré que la croûte contient 75 à 77 0/0 de la matière sèche totale. On leur fait ainsi absorber les trois quarts de la fécule qu'il contient, tandis qu'en mangeant la mie seule, ils n'en absorberaient que 25 0/0. Le diabétique mangeant la croûte d'une galette de 100 grammes ingère autant de fécule qu'en mangeant 150 grammes de haricots bien cuits ou 325 grammes de pommes de terre.

Quand un diabétique est dégoûté du pain de gluten, c'est donc la mie du pain ordinaire rassis qui est préférable. De même des farineux, des fruits et du sucre, qui, pris avec

modération et en satisfaisant le goût du malade, peuvent lui faire plus de bien que la diète absolue. (*Bull. de thérap.*, n° 5.)

Pain de gluten. Cet aliment très discuté peut être un adjuvant utile, selon le docteur Demange; mais ses avantages sur le pain ordinaire et les autres féculents ne sont pas incontestables. Il est désagréable au goût, souvent mal digéré et n'est pas exempt de fécule et d'amidon. Mayet et Boussingault y ont trouvé 16 à 44 0/0 de fécule, et celui du commerce donne jusqu'à 62,50 de sucre, tandis que le pain ordinaire n'en fournit que 50 0/0 frais et 60 quand il est sec. A quantité égale, il renferme plus d'éléments saccharifiables que les haricots, les lentilles, les pois, les pommes de terre et les pâtes alimentaires, absolument proscrits. On peut donc le remplacer parfaitement par une moindre quantité de pain ordinaire et varier la nourriture des malades sans inconvénient. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, mai.)

De la glycosurie ou diabète sucré, son traitement hygiénique, suivi de notes sur la nature et le traitement de la goutte, de la gravelle urique, sur l'oligurie, le diabète insipide avec excès d'urée, l'hippurée, la pimélorrhée, etc., par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; deuxième édition; un volume grand in-8° de 611 pages. Librairie *Germer Baillière* et Cie, Paris.

Depuis 1875 que le vénérable maître a mis au jour le résultat du travail le plus constant de sa longue et active carrière, une seconde édition est devenue nécessaire. Elle est notablement augmentée d'un chapitre nouveau, la *glyco-polyurique*, dont nous avons signalé l'importance dès l'année dernière, d'après l'exposé qui en a été fait dans le *Bulletin de thérapeutique*. C'est en étendant ce chapitre original de toutes les observations et remarques faites sur ce sujet que 81 pages ont été ajoutées à l'ouvrage.

Cette deuxième édition à bref délai d'un livre si considérable témoigne assez hautement de sa valeur et de son mérite pour qu'il soit superflu de revenir sur sa facture et sa composition. Disons seulement que le chapitre ajouté

est l'histoire, avec observations, de toutes les complications susceptibles de surgir chez les vieux diabétiques qui ne se souviennent plus assez qu'ils en ont souffert plus gravement et négligent l'hygiène et surtout la diététique, le régime indispensable à garder pour tous ceux qui rendent du sucre en excès. L'étroite parenté de la glycopolyurie avec la goutte donne surtout un grand intérêt à cette addition.

Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré, thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Dreyfous; Paris.

Monographie complète des connaissances et des théories actuelles sur ce sujet, considéré par l'auteur comme une maladie générale, agissant sur tous les tissus et ne les envahissant par préférence que d'après leur moindre degré de résistance.

Diabète puerpéral. Si la présence du sucre existe à l'état physiologique pendant la grossesse, et s'il apparaît durant l'allaitement dès qu'on le cesse, il peut se rencontrer aussi à l'état pathologique. Il est alors caractérisé par la polyurie et la glycosurie. Math. Duncan en a rassemblé 22 cas sur 15 femmes, dont 4 sont mortes peu après l'accouchement. Il persiste dans ce dernier cas après l'accouchement, tandis que l'autre cesse en même temps que la grossesse. C'en est donc là une complication à examiner. (*Soc. obst. de Londres*, novembre 1882.)

Diabète myosurique. Voy. URINES.

DIATHÈSES. *Influence sur la blennorrhagie.* V. ce mot.

Action sur les hémoptysies et les congestions pulmonaires. V. ARTHRITISME.

DIPHTHÉRITE. Un nouveau danger de cette maladie infectieuse chez les femmes enceintes serait l'avortement, d'après l'unique cas observé par le docteur Ollivier, chez une femme de vingt-trois ans, entrée dans son service d'hôpital. La grossesse étant fort peu avancée, l'avortement eut lieu à l'insu du médecin et de la malade, et l'autopsie seule montra des débris de placenta. Par son caractère

infectieux, parasitaire ou non, cette maladie peut bien, en effet, par l'intermédiaire du placenta, empoisonner et tuer l'embryon, d'autant plus facilement qu'il est plus jeune et offre moins de résistance. En serait-il de même à une période avancée? Ce fait est moins probable que pour la variole, par son action locale sur la matrice, marquée par l'apparition d'épistaxis utérines. L'étude de nouveaux cas est nécessaire pour la solution du problème. Mais l'isolement des femmes diphthéritiques dans les Maternités est indiqué par cet avertissement bien observé. (*Acad. de méd.*, 18 septembre.)

Cette généralisation prématurée est toutefois sujette à erreur. Une femme grosse de huit mois et demi, entrée dans le service de M. Blachez avec une diphthérite manifeste, comme la suite le prouva, accoucha néanmoins quinze jours après d'un enfant bien constitué et à terme ou peu s'en faut. Mais cet enfant, allaité par sa mère, succomba le neuvième jour de la diphthérite transmise par sa mère, reprise de même huit jours après d'accidents formidables, déterminant sa mort le 25 octobre, dix-huit jours après son accouchement. (*Gaz. hebd.*, n° 50, 1882.)

Inoculabilité. Tout en restant indécise par les expériences qui en sont faites sur les animaux, elle tend à s'affirmer accidentellement sur l'homme et les médecins en particulier. Après s'être piqué en faisant une trachéotomie, le docteur Loquin (de Dijon) vit apparaître, le soir du troisième jour, une tuméfaction locale, avec lymphangite et fièvre. Quinze jours après, il remarqua une légère faiblesse des jambes, avec paresse musculaire qui dura une dizaine de jours. Bien que les voies aériennes soient restées indemnes, ces accidents paralytiques ressemblent à une ébauche de diphthérite.

Appelé à faire l'autopsie d'une femme morte de diphthérite, le docteur Gustin, s'étant piqué, fut pris le jour même d'une inflammation locale. La plaie en résultant se recouvrit d'une pellicule jaunâtre, ayant l'aspect d'une fausse membrane. Des lésions diphthéritiques du larynx, constatées avec le laryngoscope, se manifestaient simultanément, avec toux, gêne de la respiration et l'expulsion de fausses membranes ensuite. Pas de paralysie consécutive.

L'inoculation, dans ces deux cas, est-elle réelle ou faut-il rapporter plutôt ces accidents à la contagion? L'insuccès des inoculations expérimentales, faites par Trousseau et Peter, plaide en faveur de celle-ci. (*Inoculabilité de la diphthérie*, thèse inaugurale; in-8° de 80 pages, par M. Gustin, Paris.)

Mercuriaux. Ils forment la médication en vogue. De tous côtés, diverses préparations en sont préconisées : c'est le turbith minéral ou sulfate basique de mercure qui est employé ici, et là c'est l'éthiops minéral ou sulfure noir. Le calomel ou deuto-chlorure était souvent usité autrefois et voici qu'on le remplace par le sublimé corrosif ou proto-chlorure et même le cyanure de mercure, *intus* et *extra*. Il est vrai que les doses infinitésimales de ceux-ci en font le plus souvent des remèdes homéopathiques. Toutefois un succès remarquable en a été observé par le docteur Mascarel (de Chatellerault) sur une femme de vingt-huit ans, lors de l'épidémie qui régnait à Paris en 1881 dans le huitième arrondissement surtout.

Des plaques jaunâtres, adhérentes et caractéristiques, couvraient l'isthme du gosier et surtout les amygdales; tous les ganglions prémaxillaires étaient envahis et douloureux à la pression et un inchor de teinte ambrée s'écoulait des fosses nasales. Fièvre intense avec pouls à 120°, 125°; céphalalgie et subdelirium nocturne. Sous l'influence d'une solution extrêmement diluée de cyanure de mercure, dont une cuillerée à café était administrée d'heure en heure avec gargarismes au jus de citron, bouillon gras et vin de Bordeaux dilué, tous ces symptômes disparurent. Les fausses membranes se ramollirent et se détachèrent par fragments déchiquetés dès le second jour. Deux à trois selles bilieuses eurent lieu les jours suivants; à la fin de la semaine, la convalescence se manifestait, et cette malade a parfaitement guéri. (*Gaz. hebd.*, n° 48.)

L'action bacillicide intense du sublimé, affirmée par Koch, l'a fait employer par Kaulich de la manière suivante : les exsudats diphthéritiques de la bouche, du nez et de la gorge ont été badigeonnés avec une solution d'un demi à un pour cent. De même de la plaie de la trachée après la trachéotomie, en répétant les applications de 9 à 10 fois par jour. Des inhalations répétées avec une solution de cinq millièmes

de sublimé sur 1 000 d'eau ont aussi été pratiquées avec un à deux centigrammes par jour dans l'eau albumineuse. (*Prag. med. Wochensch.* 1882.)

Quinoline. Encore un nouveau spécifique venu d'Allemagne et qui, par son infaillibilité, menace de durer aussi peu que la pilocarpine. En voici le mode d'emploi :

On fait dissoudre 5 grammes de quinoline dans 50 grammes d'alcool et 50 grammes d'eau distillée, et l'on badigeonne les fausses membranes plusieurs fois par jour avec cette solution. Pour les gargarismes, on emploie une solution plus faible :

Quinoline	1 gramme.
Alcool	50 —
Eau distillée	500 —
Éthérolé de menthe poivrée	2 gouttes.

On met de la glace autour du cou du malade et on lui administre la potion de Rivière.

Le docteur Seifert préconisa le premier ce nouveau médicament, en l'administrant aux malades de la clinique de Gerhardt, et sur 40 il y eut autant de guérisons. A Augsbourg, le docteur Muller eut le même succès : 12 malades, 12 guérisons.

Au contraire, le docteur Margell eut 8 morts sur 20 malades; mais cet insuccès est mis sur le compte de l'emploi trop tardif du remède. (*Berlin. med. Wochens.*, nos 36 et 37, 1882.)

A l'hôpital de Praesto, M. Maag eut 22 guérisons sur 23 malades. C'était une femme de vingt-neuf ans, qui, entrée mourante à l'hôpital, succomba le jour même, sans avoir subi le traitement, dont voici le détail :

1° Badigeonnage matin et soir avec une solution de 1 gramme de quinoline dans 25 grammes de glycérine;

2° Gargarisme avec le chlorate de potasse;

3° Compresses tièdes sur le cou;

4° Porto à l'intérieur.

Sous l'influence de ce traitement, les fausses membranes, les douleurs et la difficulté de la déglutition disparaissent, la température tombe rapidement et le malade guérit en peu de jours.

La disparition des fausses membranes eut lieu : onze fois en deux jours, sept fois en trois, et trois fois en quatre jours. (*Hospitals Tidende*, 31 octobre.)

Essence de térébenthine. Ce remède, venant aussi d'Allemagne, aurait une action miraculeuse, suivant l'auteur. Une cuillerée à café matin et soir chez les enfants, à soupe chez les adultes, suffirait, seule ou dans le lait, à arrêter, du soir au matin, les progrès des fausses membranes. Il s'agit, bien entendu, de l'essence pure et rectifiée. Une demi-heure après cette administration, une teinte d'un rouge vif se manifeste depuis le bord de l'exsudation diphthéritique, la circonscrivant bientôt en entier, et la remplace. La maladie disparaît ainsi en vingt-quatre heures, sans laisser de traces, lorsqu'elle est à son début. L'action curative est moins rapide quand le mal date de plusieurs jours. Ce qui montre que l'on pourrait bien l'avoir confondu avec de plus bénins, comme le muguet. (*Therap. Gazette*, mai.)

Résorcine. Ce nouveau médicament, antipyrétique surtout, a été essayé aussitôt en Allemagne contre la diphthérie et tout ce qui y ressemble sans doute. Depuis 1877, le docteur Andeer a traité 222 cas d'affections des muqueuses buccale et pharyngienne, qu'il désigne sous le nom de diphthérite du pharynx, de la bouche, du nez et d'autres parties du corps.

Dans les cas légers, il suffit de cautériser simplement avec des cristaux de résorcine ou un liniment concentré de vaseline et de résorcine; dans les cas moyens, il faut des applications répétées du liniment; dans les cas graves, il faut, en outre, donner la résorcine à l'intérieur. Cette méthode se recommande par sa simplicité et sa sûreté. (*Therap. Gazette*, août.) C'est par ce procédé commode de compter les guérisons que les spécifiques arrivent en masse d'Allemagne surtout, à l'Académie de médecine, pour concourir au prix Saint-Paul, de 25,000 francs, à décerner à quiconque découvrira le vrai remède de cette maladie. Les expériences faites en vue de cette découverte pour le prix institué à Berlin sur le même sujet nous ont valu sans doute cette avalanche de travaux allemands.

Diphthérite expérimentale. Un mémoire sous ce titre, du docteur Otto Heubner (de Leipzig), a obtenu le prix de 2000 *reichmarks*, fondé par l'impératrice d'Allemagne en 1879 pour élucider le drame épouvantable de la cour de Hesse-Darmstadt. Ni le jury, ni l'auteur ne considèrent la question proposée comme résolue. Mais, des expériences interceptant la circulation du tissu muqueux ayant été suivies d'une production semblable aux fausses membranes de la diphthérite chez l'homme, on a cru devoir récompenser ces premiers efforts pour conduire à d'autres.

DRAINAGE CHIRURGICAL. Toute substance imperméable et inaltérable au contact des liquides de la plaie peut servir au drainage, dit le docteur Lucas-Championnière. De là le succès de substances très diverses et d'instruments très différents. Une mèche de fil ou de coton, en s'encrassant vite, est un médiocre drain ; un faisceau de crins, des bandelettes d'un tissu imperméable, comme le taffetas gommé ou le protective, forment des drains suffisants. On peut ainsi choisir son drain, en condamnant les longs tubes en caoutchouc gris avec soufre en excès et qui sentent mauvais dans les plaies. Les longues anses avec contre-ouverture ne sont plus admises. Des tubes droits, déplacés et lavés à chaque pansement, sont les meilleurs. Les faisceaux de catgut oblitèrent les orifices en se gonflant; les os décalcifiés ne se résorbent pas toujours; les tubes à parois résistantes sont donc préférables. Billroth les emploie ainsi beaucoup plus volumineux qu'en France.

D'énormes drains en caoutchouc rouge, de un centimètre et demi de diamètre, à parois épaisses et incompressibles, sont employés avec succès dans les larges plaies saignantes. Afin d'éviter la compression exercée par les pansements, il faut que la paroi du drain soit lisse au dedans et au dehors et qu'il y ait une paroi très mince au profit du diamètre du canal, en multipliant les ouvertures.

C'est d'après ces considérations que M. Lucas-Championnière a fait fabriquer des tubes en aluminium, à cause de la malléabilité difficile de l'argent. Il y en a de trois calibres gradués ; ils se taillent au couteau comme un crayon, et on en polit l'extrémité avec une râpe. Si léger est ce métal qu'il n'est pas senti dans la plaie ; il ne s'altère pas comme

l'argent, et son prix n'est guère plus élevé que ceux en caoutchouc rouge. A calibre égal, il est peu volumineux, et il a l'avantage de pouvoir être purifié par la chaleur et même le flambage.

L'unique inconvénient de ces drains est leur rigidité, leur extrémité un peu coupante et le risque de blesser des vaisseaux, la compression aidant. Une petite douleur inutile en résulte en les replaçant.

De là les tubes en celluloïde, substance douce au toucher, très lisse et très répandue dans le commerce. Ce sont des tubes fenêtrés, légèrement coniques, ayant la forme amoindrie du spéculum de Fergusson; transparents et d'un joli aspect, ils forment un drainage excellent et sont bien supportés. Malheureusement, la celluloïde est altérable. Le séjour dans une forte solution phéniquée ramollit et dépolit ces tubes; ils perdent leur transparence, et la celluloïde décomposée abandonne un peu de camphre, qui donne à ces drains une odeur caractéristique. Leur prix élevé ne permet guère de les généraliser.

M. Collin en a fait construire sur le même modèle en caoutchouc durci. Leur paroi est lisse et très douce au toucher. Leur conicité les rend plus faciles à introduire. Dans les pansements successifs, on en diminue graduellement le calibre. Un petit rebord les maintient au dehors, permettant de les fixer sûrement avec un fil. Leur rigidité supporte la compression, quoique assez mous et doux pour ne pas être malfaisants ni douloureux. Le séjour dans l'acide phénique ne les altère ni ne les dépolit; on peut même les passer à l'eau bouillante pour les purifier, et on peut s'en servir indéfiniment. C'est donc un grand progrès.

Les indications du drainage des plaies se résument ainsi : drainer par une large voie au début; diminuer très rapidement le calibre et la longueur du drain; exercer une compression suffisante pour accoler les parties qui étaient soulevées d'abord par le gros drain, et assurer le fonctionnement du drain par le nettoyage.

Si perfectionné que soit le drain employé, la surveillance du drainage n'est pas moins indispensable pour la réparation des plaies. Il faut changer de drain, s'il fonctionne mal, exprimer la plaie lors du pansement, augmenter le drainage s'il n'est pas parfait, le supprimer aussitôt que

l'écoulement est devenu insignifiant. Ce n'est que par l'ensemble de ces soins que l'on aura des réunions rapides et parfaites. (*Soc. de chir.*, août, et *Journ. de méd. et chir. prat.*, septembre.)

DYSPNÉE. Trois groupes de ce phénomène sont distingués par le docteur Mariasi, médecin de l'hôpital de la Princesse, à Madrid, d'après le siège même des affections susceptibles de le produire. Le premier groupe comprend toutes les affections aiguës ou chroniques des poumons ou de la plèvre qui, par tel ou tel mécanisme, diminuent le champ de l'hématose, et les lésions valvulaires produisant le même résultat par la congestion pulmonaire qu'elles déterminent. Le deuxième groupe est formé par les lésions abdominales qui, soit par augmentation du volume des organes, soit autrement, gênent le jeu du diaphragme. Dans le troisième groupe sont rangés les phénomènes de ce qu'on appelle l'*asthme essentiel* et la *dyspnée* que l'on rencontre parfois dans l'hystérie.

Quebracho aspidosperma. Cet arbre, qui croît dans l'Amérique du Sud, est confondu avec plusieurs autres portant le même nom, quoique de familles différentes. Celui-ci, de la famille des Apocynées, arriva en Europe en 1878, comme succédané du quinquina, en morceaux d'écorce irréguliers, d'une épaisseur de 2 centimètres. Son analyse a fourni six alcaloïdes, dont l'aspidospermine est dans la proportion de 0,17 pour 100. Administrés à la grenouille, ces six alcaloïdes, réunis à la dose de 1 à 2 centigrammes, déterminent la paralysie de l'appareil moteur, en commençant par les muscles de l'appareil respiratoire, sans trouble de la sensibilité. Il y a donc lieu de prendre les plus grandes précautions dans l'administration de ce nouveau remède.

Essayé comme antipériodique, l'extrait de cette écorce ne montra aucune propriété fébrifuge; mais au contraire les premiers observateurs, surtout en Espagne, remarquèrent ses bons effets contre la dyspnée. Voici les conclusions du docteur Simon Nieto :

Le quebracho est une substance qui a la propriété de modérer les mouvements respiratoires; c'est, de cette façon, la digitale du poumon.

Il soulage la dyspnée, qu'elle soit le résultat de troubles nerveux ou d'altérations anatomiques des appareils circulatoire ou respiratoire.

Son action est immédiate et ses effets certains. Du moins il en a été ainsi dans la plus grande partie des cas où il a été employé.

Son efficacité dans les dyspnées produites par troubles circulatoires porte à croire qu'il exerce une action directe non seulement sur la partie du système nerveux qui se rapporte aux mouvements respiratoires, mais encore sur l'appareil d'innervation cardiaque.

J'ai cru observer que le quebracho facilite l'expectoration. (*Genio med. quirurg.*, janvier 1882.)

En reprenant les détails botaniques, histologiques et chimiques de cette plante, ses effets physiologiques et thérapeutiques, M. Mariasi affirme son action rapide sur la fréquence des respirations et des contractions cardiaques. Elle agirait spécialement contre les dypnées nerveuses et *peut-être* aussi contre celles des affections aiguës des organes thoraciques. Il ajoute même que son emploi prolongé ne porte aucun préjudice aux autres fonctions. Les résultats de l'expérimentation physiologique contredisent manifestement cette dernière affirmation. L'extrait employé, en contenant les six alcaloïdes, doit évidemment déterminer des accidents. En employant séparément l'aspidospermine ou la québrachine, paraissant les deux plus actifs, on peut juger de ses effets sur la dyspnée. (*Il Sentido*, mars.)

Respirateur élastique. Contre la dyspnée des emphysémateux résultant de la diminution ou de la perte d'élasticité des alvéoles, le professeur Féris a fait construire un appareil très simple pour y obvier. Il a la forme d'un bandage herniaire, et celui-ci, à double pelote, peut même le remplacer. Construit sur le même modèle, il n'en diffère que par la garniture spéciale des pelotes, afin d'établir une compression plus étendue et moins douloureuse. Une plaque de tôle ovale, de 9 à 10 centimètres de long sur 7 à 8 de large et suffisamment ouatée, suffit à cet effet. Il peut être ainsi porté même sous les vêtements, les deux pelotes s'appliquant sur les parties les moins résistantes du thorax et qui sont d'ordinaire au-dessus des deux seins. 9 fois sur 10, la compression élas-

tique s'exerce au sommet des poumons, ou de l'un d'eux si l'emphysème est unilatéral.

De très nombreuses observations authentiques, constatées dans les hôpitaux de la marine de Brest, et plusieurs applications dans les hôpitaux de Paris, démontrent les bienfaits de cet appareil simple. Si dans la bronchite intense, comme dans l'emphysème généralisé, son action limitée ne permet pas d'en obtenir une amélioration aussi marquée que dans l'emphysème circonscrit d'ordinaire, son application est encore utile dès que les cartilages costaux ne sont pas ossifiés et que la compression élastique s'exerce. Cet appareil est à recommander pour tous ces malades. (*Bull. de thér.*, août.)

Lobélie. L'ancien crédit attribué à cette plante dans l'asthme (V. *année* 1864) est réédité par le docteur Fourrier (de Compiègne), surtout dans l'asthme cardiaque, dont il rapporte deux succès remarquables chez des hommes de 55 et 60 ans. Dans l'asthme essentiel, elle détermine parfois au contraire quelques vomissements.

Mais il l'a trouvée particulièrement utile contre la suffocation des phtisiques, dont elle calme les paroxysmes. Un gramme de teinture dans une potion de 120 gr., donnée par cuillerées d'heure en heure, a rapidement calmé ces accès, comme trois observations en justifient. Son indication est ici opposée à celle qu'elle a dans l'asthme. Lorsque le cœur droit est atteint, que l'œdème se généralise par l'embarras de la circulation générale du système veineux, la lobélie cesse d'agir.

Il l'a trouvée également très efficace dans certains accès de congestions nerveuses plutôt qu'inflammatoires. Un vieillard, atteint d'insuffisance mitrale, avec œdème pulmonaire, pris de l'une de ses crises suffocantes, en fut immédiatement soulagé. Il en fut de même d'une jeune femme en couches. Deux grammes de teinture de lobélie dans une potion ramenèrent aussitôt le calme. Telles seraient les principales indications de ce médicament par trop négligé. (*Bull. de thérap.*, 15 juillet.)

Contre l'asthme catarrhal, M. C. Paul a l'habitude de prescrire une potion renfermant de 30 à 40 gouttes de teinture de *Lobelia inflata* et 50 centigrammes d'iodure de potassium. (*Soc. de thérap.*)

Dyspnée laryngienne. Au lieu de se produire par le rabattage spasmodique des replis arythéno-épiglottiques au moment de l'inspiration, comme l'avait imaginé Sestier, c'est l'œdème seul qui la détermine, d'après le docteur Gouguenheim. L'examen laryngoscopique, inconnu au premier auteur, a démontré ce fait au second. D'où une thérapeutique différente. La trachéotomie est ainsi indiquée quand la médication topique reste inefficace; tandis que la dyspnée laryngienne, caractérisée par le sifflement inspiratoire et des accès de suffocation, étant l'effet d'un spasme glottique intercurrent, ne réclame jamais cette opération. Des topiques calmants et les bromures en particulier, en pulvérisation surtout, suffisent dans ce cas à la faire disparaître. Trois observations de ce genre, chez des phtisiques, viennent à l'appui de cette distinction. (*Ann. des malad. du larynx*, n° 3.)

Dyspnée salicylique. Si les nausées, les vomissements, les bourdonnements d'oreilles, la surdité, les vertiges, l'ivresse sont des accidents fréquents, mais passagers de l'usage de l'acide salicylique, il n'en est pas de même de la dyspnée. Elle prend parfois une forme très sérieuse. M. Vulpian insistait sur ce danger, l'année dernière, chez les typhiques auxquels il l'administrait. Plusieurs exemples en sont relatés par le docteur Francotte. Il prescrivit à une rhumatisante trois doses de 4 grammes de salicylate, à prendre de deux en deux heures. Dès la seconde, elle devint pâle, défaillante, avec dyspnée très intense. Bientôt disparus, ces accidents reparurent peu de jours après avec la même dose.

Une autre malade, ayant pris plusieurs jours de suite 12 à 14 grammes de salicylate, offrit les mêmes accidents. Une troisième, ne dépassant pas 8 grammes, fut prise également d'une dyspnée très violente. Un délire analogue à celui de l'alcool et de véritables accès de manie peuvent même suivre une trop forte dose prise coup sur coup.

D'où l'indication de ne jamais administrer ce sel qu'à faible dose, graduée au début. Il est toujours imprudent de commencer par des doses massives, sans connaître la tolérance des malades, certains sujets ayant une susceptibilité particulière pour ce médicament. (*Soc. méd.-chir. de Liège.*)

E

EAUX. *Traité des eaux minérales de la France et de l'étranger et de leur emploi dans les maladies chroniques;* par le docteur Max Durand-Fardel, président honoraire de la Société d'hydrologie médicale de Paris, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy; un vol. in-8° de 664 pages; troisième édition, librairie *Germer Baillière*, Paris, 1883.

Il ne faut pas confondre cet ouvrage scientifique avec tous les guides, les manuels qui se publient sur une source ou plusieurs, comme autant de moyens de réclame pour appeler par toutes les exagérations et les attraits possibles les oisifs, les ennuyés, les énervés des grandes villes, qui vont y chercher la jeunesse, l'appétit et la virilité, perdus prématurément par leurs excès ou leurs abus. Il s'agit ici d'un livre sérieux, dont les éditions successives attestent le mérite et la valeur. Il fut spécialement destiné aux médecins dès son apparition et fit grandement progresser l'hydrologie par sa classification des eaux minérales suivant leur composition chimique et leurs propriétés thérapeutiques. L'enseignement de l'auteur, en le plaçant à la tête de cette science nouvelle, a surtout contribué à en propager l'emploi.

Après la description de chaque source importante de l'étranger aussi bien que de la France, au nombre de 180, rangées selon leurs propriétés chimiques et leurs affinités thérapeutiques, formant la première partie, une seconde lui succède, où les indications différentes de ces eaux sont discutées contre les diverses maladies à leurs périodes variées ou leurs complications. La thérapeutique se trouve ainsi ajoutée à la matière médicale thermale; toutes les maladies chroniques et diathésiques ont leurs indications particulières, d'après les opinions et les faits recueillis à l'appui. Ainsi se trouvent condensées les principales données de la médication thermale dans ses applications les plus générales.

Eau chloroformée. Pour l'obtenir, il suffit de verser dans un flacon, aux trois quarts plein d'eau distillée, un excès de

chloroforme, d'agiter pendant une heure environ, à plusieurs reprises, le mélange, et de laisser déposer le chloroforme jusqu'à complet éclaircissement. L'eau chloroformée, saturée et absolument transparente, est séparée de l'excès de chloroforme par décantation ou à l'aide d'un siphon. La solution saturée ainsi obtenue contient, à une fraction insignifiante près, 90 centigrammes de chloroforme pour 100 grammes de liquide.

Des expériences de M. de Beurmann ont démontré que le chloroforme pur et anhydre comme le chloroforme pur et saturé d'eau, en étant soumis aux mêmes conditions de température et d'éclairage, se décomposent, le premier en une quarantaine de jours, le second après plus de cent.

La stabilité officinale de l'eau chloroformée saturée à la température de + 15 degrés au neuf millième a été démontrée, en la plaçant dans deux éprouvettes fermant à l'émeri. L'une a été placée dans une armoire entièrement obscure; l'autre a été exposée à la lumière diffuse du laboratoire et à la radiation directe du soleil. Celle-ci a été, du 4 mars 1882 au 20 juin 1883, essayée de huit en huit jours, et, malgré ces conditions défavorables, elle est restée aussi pure que le jour même de sa préparation.

L'autre, essayée seulement le 20 juin 1883, avait également conservé toutes ses propriétés, comme il était facile de le prévoir. Ce médicament se conserve donc aussi sûrement que les autres préparations officinales, aussi bien dans les pharmacies que chez les malades.

Elle ne s'emploie que diluée de moitié d'eau pour calmer les douleurs ou les sensations nauséeuses dont souffrent certaines personnes pendant leur digestion. Une cuillerée à dessert d'un mélange de parties égales d'eau chloroformée et d'eau simple, répétée de quart en quart d'heure, suffit à dissiper ces accidents. On peut l'aromatiser, suivant le goût des malades, avec l'eau de fleur d'oranger, la teinture de badiane ou l'eau de menthe. Les douleurs des affections organiques de l'estomac en sont aussi apaisées, de même que les douleurs de dents, en s'en gargarisant.

Elle peut même entrer comme excipient dans un grand nombre de préparations calmantes ou sédatives. Son goût agréable la fait accepter facilement par les enfants. Elle s'associe aux différents narcotiques, en en augmentant

l'action. Elle peut même servir à faire tolérer d'autres médicaments, comme la gomme-gutte par exemple. (*Bull. de thérap.*, août.)

Eau oxygénée. L'usage interne et externe en est proposé dans différents cas, soit en injections dans les abcès profonds, anfractueux, fistuleux, soit dans certains kystes dont la nature parasitaire pourrait être modifiée par son action parasiticide. En lavements, elle diminuerait certaines diarrhées chroniques. Les ulcères de l'estomac en seraient de même modifiés en l'administrant dans l'intervalle des repas, car elle trouble la digestion. Sa pulvérisation, contre la phtisie pulmonaire, en la portant directement dans l'arrière-gorge, afin d'éviter son goût désagréable, ne pourrait-elle pas rendre des services, en tuant les microbes qui en sont l'origine? Ses bons effets contre les plaies tuberculeuses permettent de prévoir que les cavernes en seraient aussi efficacement modifiées qu'avec les inhalations phéniquées. (*Soc. de biol.*, mars.)

A l'appui, M. Larrive cite les faits suivants : Un tuberculeux avancé, opéré d'une tumeur blanche du poignet par M. Péan, fut pansé à l'eau oxygénée et prit chaque jour une cuillerée à bouche de cette eau dans du lait. Quoique ayant des cavernes au sommet des deux poumons, cet homme est sorti, après trois à quatre semaines, dans un état très satisfaisant. On peut opposer à ce fait que la résection ou l'amputation d'un foyer tuberculeux des os a suffi, chez certains phtisiques avérés, pour arrêter et suspendre le cours de la diathèse, sans l'aide de l'eau oxygénée. D'autres faits seraient donc indispensables pour rendre son action plus probante. En voici un second : Un homme était atteint de carie des os du pied, sans rien dans les poumons, mais dont l'état général était très suspect. Il prend de l'huile de foie de morue, du vin de quinquina et de l'eau oxygénée; on immobilise son pied, et des injections iodurées sont faites dans le trajet fistuleux. Un mois après, ce malade, très amélioré, quittait l'hôpital pour aller en convalescence à Vincennes. Rien ne démontre donc ici l'effet spécial de l'eau oxygénée. (*Idem*, mars.)

Empoisonnement par l'eau d'un puits. Voy. Empoisonnements.

EMPOISONNEMENTS. L'*eau d'un puits* en a déterminé tous les plus graves accidents, chez un certain nombre d'individus, à Nancy, en décelant l'ignorance et l'incurie des pauvres gens. Depuis plus d'un an, ceux d'une maison nº 127 du chemin du Ruisseau, éprouvaient tour à tour de la diarrhée avec coliques, passagère ou tenace, intermittente et continue, parfois même incoercible, et recouraient sans cesse à cet effet soit à la consultation du bureau de bienfaisance du quartier, soit à celle de l'hôpital Saint-Léon. Trois même y furent admis pour entérite chronique. Ils s'apercevaient bien que l'eau dont ils faisaient usage, provenant d'un puits commun, situé à 8 mètres de l'égout collecteur de la ville, sentait mauvais et se troublait par intervalles. Sa mauvaise qualité les avait même incités à recourir aux deux puits voisins des deux maisons attenantes et dont les consommateurs n'éprouvaient aucun accident analogue ; mais ceux-ci leur refusèrent de s'y approvisionner, et ces malheureux continuèrent ainsi à s'empoisonner, en étant alternativement indisposés ou malades. Sur les 25 habitants composant les cinq familles de cette maison, un seul a échappé à la diarrhée. Ceux qui allaient travailler et vivre en ville dans le jour étaient les moins malades ; les femmes et les enfants surtout, qui restaient constamment à la maison, étaient le plus souvent et le plus gravement atteints. Un enfant de dix-huit mois, n'ayant jamais eu de diarrhée durant son allaitement de dix-sept mois, eut une diarrhée incoercible aussitôt son sevrage, dont il mourut un mois après. Un autre de quatre ans, buvant beaucoup d'eau et ayant une diarrhée incoercible depuis trois mois, entre à l'hôpital Saint-Charles ; en trois semaines, il guérit par le régime, mais, rentré dans sa famille, il est aussitôt repris, surtout la nuit.

Ces faits patents et publics ont cependant duré plus d'un an, avant que l'autorité sanitaire prît des mesures. Le docteur Ganzinotti, préposé à l'examen, constata, par l'analyse comparée des eaux du puits et de l'égout voisin à ciel ouvert, que celles-ci étaient infiniment moins impures et malfaisantes que celles-là. Leur analyse donna un résidu de 1 gr. 1368 par litre, alors que 5 décigrammes suffisent pour la rendre impotable. Elle était ainsi deux fois et demie plus impure que celle de l'égout. L'hydrotimétrie

marquait de 28 à 31°, alors que le degré normal est de 13 à 23°. Les chlorures s'élevaient à 200 milligrammes par litre, alors que 50 suffisent à l'écarter de la consommation, outre la proportion égale de phosphates et de matières qui s'y rencontraient. Ces différences de composition avec l'eau de l'égout voisin n'en pouvaient donc provenir. Les dérivés ammoniacaux et l'abondance des nitrates indiquaient une autre source étrangère et plus immédiate de ces adultérations. On la découvrit dans une fosse d'aisances, située à 3 ou 4 mètres du puits incriminé, que l'on avait close sans la vidanger. Les infiltrations de l'égout collecteur, en passant sur cette fosse avant d'arriver au puits, rendaient parfaitement compte de la quantité d'urée existant dans son eau. De là la cause du mal. (*Revue méd. de l'Est*, n° 10.)

Ce fait positif, équivalant à une expérimentation, nous semble contredire et infirmer la théorie récente de l'étiologie fécale de la fièvre typhoïde. Comment de ces 25 habitants de tout âge, pris de diarrhée même avec vomissements et ayant une entérite chronique durant des mois, au point d'en mourir, aucun n'aurait-il été atteint de fièvre typhoïde, si l'étiologie fécale était réelle, vraie? Il faudra donc en tenir compte à l'avenir.

Empoisonnement par l'opium et les solanées. *Effets de la douleur.* Si l'opium est l'antidote de la douleur, celle-ci est à son tour l'antidote de celui-là, suivant le docteur Stearns. Il combat ainsi cet empoisonnement par une douleur continue et sans rémission, produite par le supplice de l'Inquisition : ce sont les poucettes. Il fixe des liens sur l'extrémité des pouces et des doigts, en tirant dessus jusqu'à les bleuir et les noircir. On éveille la sensibilité et l'on ramène la vie. Un empoisonné par la morphine l'a ainsi recouvrée. (*Chicago med. journ.*)

A l'appui de cette médication singulière, le docteur Baréty cite le cas d'une dame de quarante-cinq ans qui, en abusant du laudanum contre une névralgie, s'était empoisonnée. Malgré l'usage du café et d'autres excitants, une syncope, avec mouvements convulsifs de la face, suivie de pâleur et d'immobilité, le fit recourir au moyen suivant : Une serviette épaisse et rude, ayant un de ses coins trempé d'eau froide, servit à flageller la malade sur les joues. Elle

fut ainsi réveillée et, en continuant ce moyen, l'effet toxique de l'opium se dissipa.

Une fille de douze à treize ans, ayant bu par inadvertance une infusion faite avec la poudre antiasthmatique de Himrod, composée de datura stramonium, jusquiame et autres solanées, fut aussitôt prise de délire avec hallucinations. Après l'avoir fait vomir et avoir pratiqué une injection de morphine, la connaissance ne revenant pas, ce fut par des pincements énergiques de la peau sur différents points qu'elle fut tirée de son assoupissement. Chaque fois qu'elle y retombait, elle en était retirée par des pincements ou des chatouillements.

C'est à l'aide de la faradisation cutanée que M. Brémont remplace ces divers moyens, quelque peu barbares. La douleur suffit en effet pour rappeler la vie en pareil cas. Dans un empoisonnement par le laudanum, où l'extrême lenteur du pouls, 7 à 8 respirations, avec stertor, peau froide et marbrée, faisait craindre une mort prochaine, le professeur Fonssagrives appliqua des réophores sur les parties latérales de la poitrine. C'est en faisant souffrir ces malades sans trêve ni répit qu'ils sont arrachés à la mort, comme il l'a le premier consigné dans son *Traité de thérapeutique appliquée*, publié en 1878. (*Gaz. hebd.*, nos 39, 43, 45.)

Empoisonnement par le charbon. Il résulte d'expériences faites sur des chiennes par MM. Gréhant et Quinquand, que l'oxyde de carbone passe en très petite quantité du sang maternel au sang fœtal. La différence est si considérable qu'une femme enceinte, succombant à l'empoisonnement aigu par la vapeur du charbon, peut être soumise à l'opération césarienne avec succès pour le fœtus ; le sang de l'enfant étant encore riche en hémoglobine capable d'absorber l'oxygène de l'air. (*Acad. des sc.*, juillet.)

Inconscience. Par l'effet direct de l'asphyxie ou l'action du sang intoxiqué sur le cerveau, ce fait d'inconscience a été observé par M. Leudet dans les cas suivants.

Un jeune homme ayant monté du charbon incandescent dans un grenier où il couchait, s'étant aperçu d'un commencement d'incendie, court dans une chambre voisine réveiller son camarade et l'engager à se sauver; le camarade se

sauve, et lui, au lieu de l'imiter, rentre dans sa chambre et se couche sous son lit, où on le trouve quelque temps après à demi asphyxié.

Un matelot avait également apporté, pour se chauffer, du charbon incandescent dans la cabine où il couchait avec ses camarades. Sous l'influence de l'intoxication, au lieu de se déshabiller complètement pour se coucher, comme il le faisait toujours, il n'ôta que la moitié de ses vêtements et garda ses chaussures.

Dans un troisième cas de la même intoxication, des phénomènes de paralysie périphérique momentanée, de la nature de ceux observés par M. Rendu, se manifestèrent d'une manière persistante et accentuée. (*Acad. de méd.*, 11 septembre.)

De là le double danger, dans ce cas, d'être brûlé avant d'être asphyxié.

Empoisonnement par l'acide pyrogallique. L'emploi généralisé de cet acide, en frictions contre le psoriasis, n'avait encore provoqué en France aucun accident, malgré les cas malheureux signalés à la clinique de Breslau en 1878. Un exemple s'en est présenté en 1881, dans le service de M. E. Besnier, qui trace le tableau suivant de cet empoisonnement :

Précoce ou tardif, il débute par des frissons, du refroidissement et de la prostration rapide. L'éruption disparaît, et on constate de l'anémie globulaire, de la décoloration des tissus, leur teinte jaunâtre et leur œdématie, en même temps que surviennent des vomissements, diarrhée glaireuse, urines noires (hémoglobinurie ou hématurie), et de la congestion œdémateuse aiguë broncho-pulmonaire. Dans le traitement de cette forme aiguë, il a employé avec succès les inhalations d'oxygène, la révulsion énergique des membres, les boissons alcoolisées et les injections sous-cutanées d'éther sulfurique.

A ce point de vue pratique, on peut conclure de ces faits que la surveillance la plus attentive doit présider à l'emploi externe de ce médicament. On examinera quotidiennement l'état des fonctions urinaires, et on réglera les injections dans le cas de psoriasis généralisé, de manière à les limiter chaque jour sur une moitié ou un tiers

seulement des surfaces malades. La dose de pyrogallol ne doit pas dépasser 5 grammes dans les vingt-quatre heures. (*Ann. de dermatologie et de syphiliographie*, 1882.)

Empoisonnement par l'oreille. Une femme de vingt-cinq ans, atteinte d'un catarrhe auriculaire, éprouvait des douleurs si vives dans l'oreille droite que le docteur Knapp lui prescrivit des instillations d'une solution de sulfate d'atropine à 1/2 0/0 trois fois par jour. Il n'en résulta que de l'amélioration le premier jour; mais, en en instillant quatre gouttes avec un peu de ouate le lendemain matin, les doigts enflèrent et devinrent rigides vers midi. Face vultueuse, yeux boursouflés, gorge très sèche, lèvre inférieure gonflée et pendante, battements violents du cœur, avec chaleur intense.

Ces symptômes allèrent en s'aggravant jusqu'à cinq heures, puis diminuèrent, et tout était rentré dans l'ordre à six heures. Il suffit de diluer la solution et de n'en instiller que deux gouttes pour en obtenir les bienfaits sans les accidents (*Archiv. d'otologie*, 1882).

Empoisonnement par l'acide phénique. Voy. *ce mot.*

EMPYÈME. *Pleurotomie antiseptique.* Ses avantages sur les autres procédés sont établis par M. Hache, d'après 17 faits de la pratique des chirurgiens allemands et américains. Elle consiste dans une incision assez large pour permettre l'évacuation absolue et permanente des sécrétions pleurales, dès que le diagnostic est posé. Si le liquide est de bonne nature et sans odeur, un seul lavage avec une solution antiseptique doit suffire. Quand le pus est putride et laisse déposer un précipité abondant, il faut répéter les lavages antiseptiques avec des solutions fortes comme modificateur. L'acide borique de 7 à 10 0/0, l'acide salicylique ou l'acétate d'alumine à 5 0/0, le chlorure de zinc de 1 à 5 0/0 et d'autres sont préférables aux solutions phéniquées par leur innocuité d'intoxication. De grosses sondes ou des drains adossés, ayant le volume du petit doigt, sont placés pour l'écoulement facile des liquides. Un bandage occlusif très épais, avec la gaze et la ouate salicylées, doit compléter le pansement. (*Soc. de chir.*, janvier.)

Ce procédé paraît donner des résultats supérieurs à la méthode ordinairement suivie en France. La guérison est plus rapide et certaine, sans créer de nouveaux dangers; l'empyème chronique ne s'observe pas, ni les autres complications signalées. Tels sont les accès épileptiformes et les syncopes encore plus graves observées par M. Dumontpallier chez plusieurs de ses opérés par les derniers lavages, soit plus de vingt jours après l'opération. Attribués à l'excès de pression du liquide dans la petite poche persistante, ces accidents n'ont jamais été rencontrés par M. Moutard-Martin chez ses 87 opérés, en employant trois gros tubes accolés pour le lavage de la plèvre. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 août.)

Le succès obtenu par le professeur Buchanan dans un cas d'empyème aigu fétide, traité par l'incision de la cavité pleurale, avec lavages antiseptiques, *larga manu*, est une éclatante contradiction de ce lavage rare des Allemands. (*Glasgow med. journ.*, février.)

Un succès remarquable en a été obtenu par M. Debove en trois semaines, chez un jeune homme atteint d'une pleuro-pneumonie gauche. Un épanchement persista, dont la nature purulente put être soupçonnée par l'élévation de la température, l'œdème de la face et des membres. Une ponction donna environ un litre de pus. Celui-ci s'étant reproduit rapidement, l'incision du cinquième espace intercostal un peu en arrière donna quatre litres de pus. Le pansement de Lister fut appliqué dans toute sa rigueur : instruments et thorax lavés avec une solution phéniquée forte. La fièvre fut la seule complication pendant un jour, par l'oblitération du drain.

Traiter ces cas comme un simple abcès, dès qu'un état diathésique ne contre-indique pas cette opération, est le plus sûr moyen, avec les précautions antiseptiques et les pansements rares, d'en obtenir rapidement et sûrement la guérison, comme plusieurs exemples en ont été relatés à l'appui de cette pratique. (*Idem*, juillet.)

Elle a été exécutée avec succès par M. Moutard-Martin, sans que le diagnostic en ait été précisé. Il s'agit d'un médecin de quarante-quatre ans, qui, éprouvant une toux constante avec des symptômes thoraciques suspects, fut envoyé dans le Midi comme phtisique. Ayant consulté ensuite

divers confrères, le diagnostic varia entre un épaississement considérable de la plèvre, un catarrhe et une dilatation bronchique. Deux médecins l'ayant examiné à son arrivée à Pau, au mois de novembre 1882, constatèrent une légère diminution de la sonorité dans toute la hauteur du poumon droit en arrière, et matité sous l'aisselle, avec sonorité normale en avant. Des râles disséminés de toutes sortes se manifestèrent ensuite, lorsque le malade éprouva en se couchant la sensation du flot de la succussion hippocratique, constatée le lendemain par les médecins traitants.

Une fétidité prononcée de l'haleine, au mois de janvier, amena le malade à Paris. Le bruit de succussion était alors éloigné de la paroi thoracique, au point de percevoir un murmure vésiculaire affaibli intermédiaire par de grandes inspirations et dans les points même où la matité était complète. Une ponction exploratrice, faite dans le neuvième espace intercostal de la ligne axillaire, n'amena de liquide qu'en enfonçant progressivement l'aiguille dans toute sa longueur. Il était brun avec des stries grisâtres, d'une odeur infecte et sans gaz appréciable. L'analyse montra de l'albumine, des globules sanguins déformés, des leucocytes en grand nombre et quelques cristaux de cholestérine. Un soulagement très momentané exigea bientôt le renouvellement de la ponction, et une troisième dut même être pratiquée par M. Lancereaux, avec un trocart plus gros, ayant fourni un litre et demi de liquide analogue au précédent.

L'empyème fut alors pratiqué par M. Moutard-Martin ; mais, la paroi intercostale divisée, le bistouri dut traverser le parenchyme pulmonaire atélectasié dans une épaisseur de 3 centimètres environ. Le même liquide fit alors issue ; un litre et demi s'écoula, et, dans un accès de toux, une masse molle, grisâtre, parsemée de taches noires, irrégulière, grosse comme un œuf de poule, s'échappa par l'ouverture. Elle avait l'apparence d'un caillot ancien ; mais le microscope montra que c'était une portion de poumon sphacélée. Des lavages phéniqués diminuèrent la fétidité ; mais elle prit ensuite l'odeur gangréneuse, et quatre masses de tissu pulmonaire sphacélé furent successivement expulsées les jours suivants. L'*état* général se modifia alors et devint satisfaisant, avec disparition de la fétidité. L'appétit

a reparu et la guérison semble probable. D'où le diagnostic *à posteriori* de pleurésie interlobaire enkystée, très ancienne, avec gangrène pulmonaire consécutive. Cette atélectasie du poumon permit ainsi de l'inciser sans danger. (*Soc. de thérapeutique*, février.)

Thoracoplastie. Cette opération d'Estlander ne réussit pas toujours. Chez un homme atteint de pleurésie purulente depuis trois mois, placé à la clinique médicale de Nancy, le docteur Weiss a réséqué à deux reprises sept fragments de côtes, soit 24 centimètres en tout. Malgré le succès opératoire, la guérison n'a pas été obtenue ; il reste une vaste cavité suppurante, dont les conséquences ne peuvent manquer d'être fatales.

De ce fait et plusieurs autres, l'auteur conclut qu'elle est contre-indiquée dans les cas d'empyème invétéré. Elle doit être réservée spécialement quand la cavité pleurale est peu vaste et le poumon assez libre pour venir à l'encontre de la paroi thoracique. Quand le poumon, entouré de fausses membranes, ne peut plus occuper la cavité thoracique, et que la dépression des côtes n'est pas assez considérable pour combler la vacuité existant entre le poumon et la paroi, l'opération reste inefficace. La résection ne doit pas être pratiquée trop rapidement, car des opérés guérissent sans elle. Il faut s'assurer d'avance de l'état de la cavité suppurante et prévoir ce qu'elle deviendra ensuite. Trois litres de pus ayant été extraits par M. Spillmann avec la thoracentèse, il trouva le poumon refoulé contre la colonne vertébrale, à l'autopsie. L'écart était trop considérable avec la paroi pour que la résection pût réussir. Dans un autre cas, la guérison a été obtenue sept mois après la thoracentèse, sans résection.

La dépression du thorax à la suite d'une fistule spontanée, ouverte à la partie supérieure gauche il y a vingt ans, chez une dame atteinte d'une pleurésie purulente et qui suppura pendant sept à huit ans, est aujourd'hui si considérable, d'après M. Parisot, qu'on peut y loger les deux poings. Le lobe supérieur paraît avoir disparu, et le murmure vésiculaire ne s'entend qu'en bas, sur une largeur de deux doigts. Le cœur est repoussé à droite. Malgré des accidents de dyspnée intense et de lipothymies, cette femme va bien et

présente un embonpoint notable. (*Soc. de méd. de Nancy*, novembre 1882.)

Empyème latent. En dehors des épanchements chyliformes, il s'en forme de purulents, d'une manière latente, qui sont indéfiniment tolérés, sans retentissement sur l'état général. Une gêne respiratoire, toute mécanique, en est l'unique symptôme, sans autre manifestation réactionnelle appréciable. Les forces peuvent même se conserver, comme le docteur Sainton en relate plusieurs exemples. Un malade alla ainsi pendant de nombreuses années, de médecin en médecin et de climat en climat, pour chercher du soulagement à sa dyspnée. Un autre continua à travailler de son dur métier de forgeron pendant près de deux ans, jusqu'à ce que la gêne respiratoire l'amenât à l'hôpital; il portait plus de cinq litres de pus dans la poitrine. Un mécanicien, observé par M. Raymond, malade depuis près de trois ans, n'en continuait pas moins son service, se contentant de s'arrêter de temps en temps pour reprendre haleine; il avait quatre litres et demi de pus dans la plèvre.

Dans tous ces faits, les choses se passent de même. L'appétit et le sommeil persistent; pas d'œdème autre que celui qui peut être attribué à la gêne respiratoire.

Les différences sont aussi accentuées après la thoracentèse. Le soulagement est immédiat, et le liquide, une fois évacué, n'a aucune tendance à se reproduire. La ponction suffit dans tous les cas à le tarir.

Ces épanchements latents et bénins ont des caractères spéciaux. Le liquide est parfois puriforme, jaune opaque ou bien jaune verdâtre, sans mélange de flocons fibrineux. La mucosité, l'aspect huileux ou mieux crémeux du pus en sont les caractères les plus fréquents. Il n'a jamais d'odeur. Après avoir présenté ses caractères ordinaires quand il est récent, le pus les perd en séjournant dans la plèvre. Les leucocytes subissent une transformation graisseuse complète, qui leur fait perdre toute activité. Il est alors inaltérable, inoffensif et comme mort. De là son absence complète de réaction et de résorption; il ne peut ainsi disparaître que par la thoracentèse et par ponctions successives, proportionnées à son abondance, marquée par le déplacement

des organes. (*Variété latente et bénigne d'empyème*; thèse inaugurale par Sainton, Paris).

Un cas s'en est rencontré cette année à l'hôpital Cochin, service du docteur Moizard. Ce malade n'a jamais eu de fièvre, la température étant restée normale soir et matin. Il a conservé un appétit excellent, une apparence vigoureuse et n'est entré à l'hôpital qu'en raison de la dyspnée produite par une pleurésie datant de quatre mois. De là la surprise à l'issue de 2500 grammes d'un pus bien lié et non fétide à une première thoracentèse, de 1600 à une seconde, et ayant graduellement diminué aux suivantes jusqu'à épuisement complet. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 12323.)

Empyème pulsatile. V. Pleurésie purulente.

ENSEIGNEMENT. L'Association pour l'avancement de la médecine par l'expérimentation s'est constituée le 28 mars à Londres, et un comité exécutif a été nommé pour se mettre en rapport avec le gouvernement et lui démontrer le droit de la profession de faire des recherches expérimentales en physiologie, pathologie et thérapeutique, comme essentielles au progrès de l'art de guérir.

Au contraire, le gouvernement allemand, en présence des protestations faites unanimement dans l'Empire contre les excès des vivisections par l'abus des expériences, est obligé de s'adresser aux Universités pour savoir s'il n'y a pas lieu d'y mettre des limites, afin de présenter une loi restrictive à cet égard au Reichstag. Cette liberté dans la science est ainsi l'opposé de celle qui règne en politique et même de la liberté individuelle dans les différents pays.

Limite d'âge. Aux termes d'un arrêté du 3 avril 1875, les professeurs de l'enseignement supérieur ne peuvent être mis à la retraite qu'après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, sans aucune fixation d'âge ni d'infirmités pouvant la justifier. D'où l'inapplication de cet arrêté restant lettre morte.

On voit ainsi trop souvent des professeurs affaiblis ou usés par l'âge continuer d'occuper leur chaire sans profit pour la science, et même au détriment de l'enseignement.

Quelques-uns, il est vrai, se font suppléer; mais, comme le constate déjà la circulaire du 24 mars 1876, ils n'en conservent pas moins pendant de longues années leur titre et la plus forte partie de leur traitement, tandis que leur suppléant vieillit dans une situation trop précaire et parfois sans acquérir des droits à la retraite.

Ainsi s'exprimait M. Durand, professeur à la Faculté de droit, dans son rapport budgétaire comme sous-secrétaire d'État pour l'instruction publique. Mais, en montrant l'urgence d'une réforme à cet égard, il n'en invoquait d'autre que la limite d'âge fixée pour la plupart des fonctions, en laissant au gouvernement le soin de la résoudre. Et alors que cette solution est si facile, en fixant cette limite à un âge compatible avec toute l'activité des facultés pour l'exercice de ces fonctions, on surseoit d'année en année pour prendre une mesure aussi simple et juste que nécessaire.

En attendant, les abus persistent, et des professeurs trop titrés cumulent, avec des traitements considérables, plusieurs autres fonctions, en se faisant suppléer dans leurs chaires de la Faculté de médecine.

Écoles préparatoires. Plusieurs modifications ont été apportées à leur régime par un décret du 1er août. Les aspirants au doctorat pourront ainsi y passer les trois premières années d'études, en les terminant pendant la quatrième dans une Faculté. C'est une amélioration pour les jeunes gens et leurs familles.

Au contraire, les conditions ont été aggravées pour les candidats au titre d'officiers de santé. Au lieu de 14 inscriptions dans ces Écoles, 16 seront exigées à l'avenir, en supprimant par là la distinction de leurs études dans les Facultés. A défaut du diplôme de bachelier, un certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial sera exigé, ou un certificat de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme du cours moyen de l'enseignement. D'où la fixation spéciale de leurs études dans ces Écoles.

L'une d'elles a été supprimée par décret présidentiel : celle d'Arras, qui se trouve efficacement remplacée par celle d'Amiens et surtout la Faculté de médecine de Lille.

Une nouvelle Ecole française de médecine s'est aussi ouverte à l'étranger. Le siège en a été fixé à Beyrouth. Les cours ont dû commencer au mois d'octobre dernier, pour satisfaire aux besoins des nationaux français en Orient. Les professeurs seront choisis parmi les docteurs des Facultés de médecine et recevront l'investiture du gouvernement français.

Service de santé militaire. Un décret du 1er octobre a fixé les bases du nouvel enseignement de la médecine, la chirurgie et la pharmacie militaires en France. Deux Écoles spéciales sont créées à cet effet pour y caserner les élèves, l'une près de la Faculté de Nancy et l'autre près de celle de Bordeaux. Ce dédoublement de l'ancienne École de Strasbourg dans deux centres opposés a été faite en vue de faciliter aux familles et aux jeunes gens l'accès de ces études et de cette carrière, à cause de la pénurie des candidats reçus docteurs qui se présentaient pour le stage du Val-de-Grâce.

Nul n'est admis dans ces Ecoles que par voie de concours public, ayant lieu tous les ans. Les baccalauréats sont indispensables pour s'y présenter. La durée des études est de cinq ans pour les élèves en médecine et quatre pour ceux en pharmacie. Toutes les autres conditions sont les mêmes que celles en usage à Strasbourg avant l'annexion.

La difficulté de recruter des médecins et des pharmaciens capables pour l'armée est évidemment la cause de cette nouvelle institution. Mais il est bien plus difficile de les conserver, malgré engagement de dix ans souscrit en entrant dans l'École. Si la pension annuelle de 1 500 francs, exigée de ceux qui peuvent la payer, même la gratuité pour ceux qui ne le peuvent pas, est un encouragement pour les familles à y placer leurs enfants à bon marché, elle n'empêche nullement ceux-ci, après les dix ans accomplis, de donner leur démission, si la carrière ne leur plaît pas ou si elle ne leur offre pas les avantages auxquels ils prétendent. De là les nombreuses et fréquentes démissions et l'écueil même de cette nouvelle création. Ne valait-il pas mieux appeler à l'Ecole centrale d'application du Val-de-Grâce tous les jeunes médecins reçus ou les étudiants peu fortunés pour en suivre l'enseignement, avec un engagement proportionné aux sacrifices faits par l'Etat pour les instruire?

Une vocation réelle pour ce service eût seule pu y amener des étudiants.

C'est ce que la commission du budget a pensé en repoussant le crédit nécessaire à cette institution. Malgré les sacrifices consentis par les villes de Bordeaux et de Nancy, elle s'est refusée à donner lieu à cette organisation, projetée par le ministre Thibaudin; et, son successeur la considérant comme contraire à la loi des cadres, il est à prévoir qu'aucune suite n'y sera donnée immédiatement. C'est un sujet qui mérite d'être étudié attentivement, pour assurer le service médical dans l'armée, en donnant une satisfaction plus complète à tous les intérêts.

ÉPILEPSIE. *Congestion post-épileptique*. A l'appui de l'influence sanguine sur le cerveau (Voy. *années 1877, 1881*), M. Lépine signale le fait d'un épileptique de quarante-deux ans, très robuste et sanguin, pris d'un accès en taillant un arbre d'où il était tombé, le 8 janvier. A son entrée à l'hôpital, la face est extrêmement animée, rouge et couverte de sueur, les yeux brillants; loquacité extraordinaire. Son père est mort d'apoplexie. Sa première attaque, en 1870, survint dans un étourdissement. Une saignée immédiate le débarrassa. Le même accident s'est reproduit depuis plusieurs fois chaque année et la tête reste toujours congestionnée quelques jours après l'attaque. Il est tout à coup pris de vertiges, avec congestion à la tête, et il tombe comme aujourd'hui.

Le lendemain encore, la face est vultueuse, très colorée, l'œil brillant, la respiration très fréquente, le pouls à 112, plein, fort et régulier; peau couverte de sueur. Céphalalgie assez violente, tintements d'oreilles, vertiges et envies de vomir en se mettant sur son séant. Au lieu d'émissions sanguines, le bromure de potassium et l'ergotine sont administrés. Mais l'état s'est lentement amendé, et tous les signes objectifs de la congestion céphalique ont duré huit jours. Est-elle donc un effet de l'attaque plutôt que sa cause, comme le veut l'auteur?

La preuve en fut donnée, six mois après, par un nouvel accès survenu sans céphalalgie, ni malaise, ni sensation prémonitoire quelconque. Une simple obnubilation l'en a averti pour s'asseoir. On le transporte à l'Hôtel-Dieu, où

il réclame la saignée que l'interne pratique aussitôt (500 grammes). Les symptômes de congestion céphalique persistant le lendemain, des sangsues sont appliquées à l'anus et aux apophyses mastoïdes. Grâce à cette médication, la congestion était dissipée dès le surlendemain. Cette différence du résultat avec la première indique assez qu'elle est seule rationnelle en pareil cas. (*Revue de méd.*, juillet.)

Bromure d'éthyle. Substitué au bromure de potassium par le docteur Bourneville, ce nouveau remède, employé méthodiquement, donne des succès remarquables dans l'épilepsie, mais il n'est pas exempt de complications. Il détermine des paraplégies, et il est prudent de suspendre les inhalations tous les quinze jours, durant un certain intervalle, pour les prévenir.

Son action anesthésique est la plus redoutable. Si la dilatation pupillaire n'est pas constante au début des inhalations et la résolution musculaire exceptionnelle, l'anesthésie n'en est pas moins marquée à des degrés variables suivant les sujets. Le pouls et la respiration sont légèrement accélérés. Un tremblement des membres se manifeste pendant l'inhalation; les accès d'épilepsie sont enrayés en l'administrant dès la période tonique. Mais, employé en inhalations quotidiennes pendant un à deux mois, il diminue très notablement la fréquence des accès. (*Traitement de l'épilepsie et de la manie par le bromure d'éthyle;* thèse inaugurale, par le docteur Roux; Paris, 1882.

Epilepsie partielle. Une femme étant morte, dans le service de M. Charcot, à la suite d'accès répétés à gauche, l'hémisphère droit présenta une tuméfaction de la substance corticale, de un centimètre environ, siégeant au fond du sillon séparatif de la première et de la seconde circonvolution frontale, sans altération de couleur ni de consistance. L'examen histologique, pratiqué à l'état frais et après durcissement par dissociation, décela l'hypertrophie des cellules des cinq couches de la région corticale tuméfiée. Ce gonflement cellulaire existait indistinctement dans le protoplasma, le noyau et le nucléole. Les grandes cellules motrices mesuraient 60 à 66 μ et leur noyau 30 à 36 μ.

D'autres se montraient vacuolisées, sans noyau ni nucléole.

Pour montrer la part importante de cette région dans l'épilepsie partielle consécutive à son excitation, MM. Pitres et Franck ont déterminé la suppression des accès par la réfrigération avec des pulvérisations d'éther sur la région même. Les accès disparaissent dès que la température corticale est à 5 degrés et reparaissent avec une intensité croissante à mesure que la zone motrice reprend sa température initiale. (*Soc. de biol.*, 31 mars.)

Caractères distinctifs. C'est de ne pas dépasser ordinairement le côté ou la partie malade. La perte de connaissance est aussi exceptionnelle, et le malade assiste pour ainsi dire à son attaque. Tout en éprouvant quelques troubles intellectuels, il est parfaitement conscient de ce qui lui arrive, et c'est ainsi qu'il éprouve souvent de vives douleurs pendant l'accès. Dès que les convulsions ont de la tendance à se généraliser et que la connaissance se perd, c'est de l'épilepsie vulgaire.

Le diagnostic différentiel s'établit souvent par un affaiblissement momentané de l'intelligence et de la mémoire, de débilité musculaire, sinon de parésie dans les membres intéressés. Celle-ci dure seulement peu d'heures ou peu de jours, mais augmente graduellement jusqu'à constituer des hémiplégies progressives.

La forme tonique avec contracture et la forme vibratoire en sont distinguées par M. Charcot. La première s'accompagne d'une raideur particulière des membres sans secousses; il y a une agitation violente dans l'autre, sans aucun trouble des parties non atteintes. L'épilepsie partielle se rencontre ordinairement chez quelques enfants peu intelligents ou à demi idiots. Symptomatique alors d'une atrophie partielle de l'encéphale, il n'y a pas lieu d'en redouter l'aggravation; l'amélioration est bien plus fréquente. (*De l'épilepsie partielle*, par le docteur Greffier; in-8° de 100 pages, Paris).

Epilepsie traumatique. *Trépanation.* Les succès déjà nombreux de ce moyen ne devraient jamais faire hésiter à l'employer, en cas de lésions et de symptômes de la

région motrice. Des accidents épileptoïdes s'étant manifestés après une chute sur le côté droit de la tête, au niveau du sillon de Rolando, et une hémiplégie gauche étant survenue six mois après, avec accidents convulsifs tous les quarts d'heure, M. Demons n'hésita pas à trépaner le siège de la chute, malgré l'ancienneté de l'accident. L'os était fêlé, et des lésions de pachyméningite masquaient un petit kyste séro-sanguin au-dessous. Il fut enlevé avec lavage des circonvolutions très fortement congestionnées et la plaie refermée aussitôt. Les accès ont immédiatement cessé, mais la sensibilité de la main n'est pas revenue.

Sous prétexte que ces accès peuvent revenir, comme des exemples en ont été observés, des chirurgiens rejettent ce moyen, alors que des succès durables viennent les contredire. Un enfant ayant reçu un coup de cri-cri sur la tête, avec enfoncement de l'os et accidents épileptoïdes à accès subintrants, avec température élevée et symptômes indéniables d'une mort prochaine, M. Le Fort le trépana à l'hôpital Beaujon. L'ablation de l'os enfoncé supprima tous les accidents comme par enchantement, et, après quelques troubles sans importance, le malade finit par guérir. Le succès ne s'est pas démenti. Plusieurs faits analogues sont cités par M. Lucas-Championnière dans son mémoire sur ce sujet. (*Soc. de chir.*, 6 juin.)

Ce moyen ne réussit pas toujours également. Dans deux cas d'épilepsie consécutive à un traumatisme du crâne, le docteur Day, ayant pratiqué la trépanation à l'hôpital de Boston, n'eut qu'un seul succès; mais l'opéré restait parfaitement guéri six mois après, et la douleur locale était complètement disparue.

D'après la statistique de Hammond, 22 opérations auraient donné 7 succès avec cessation des attaques; il n'y avait ni fractures ni dépressions dans deux cas. La fréquence des accès fut diminuée dans les 13 autres. (*Boston med. and surg. journ.*, 1882.)

Une *douleur localisée de la tête* en serait une indication spéciale, d'après deux faits observés par le docteur A. Robertson (de Glasgow). Le premier notamment, soldat de quarante-cinq ans, pris d'attaques épileptiques, après avoir reçu un coup de soleil dans l'Inde, se plaignait d'une douleur locale du côté gauche et antérieur du crâne. Pupilles

légèrement dilatées. Quelques frissons survinrent le 14 avril, et la température axillaire s'élevait à 103° F. La céphalalgie augmenta surtout du côté gauche. A la percussion, le malade disait ne rien ressentir du côté droit, tandis que du gauche, près de l'oreille et correspondant au milieu du sourcil, la douleur était intense. Des sangsues furent appliquées sur l'endroit douloureux, avec frictions mercurielles; mais les accidents augmentèrent, et la mort survint dans le coma deux jours après.

L'autopsie montra une once et demie de sérum dans l'arachnoïde et la dure-mère, du côté gauche, correspondant au lobe frontal jusqu'à la base, recouverte d'une fausse membrane épaisse, semblant n'avoir aucune adhérence. Le cerveau était ferme, et la densité spécifique de la substance blanche de cette région s'élevait à 1047. D'où le regret de ne pas avoir appliqué une couronne de trépan sur la partie douloureuse à la percussion. (*Lancet*, 22 septembre.)

ESTOMAC. La *dilatation de cet organe*, malgré les nombreuses observations recueillies sur l'adulte et le vieillard, n'a pas encore été signalée chez l'enfant. L'étude des troubles gastriques, si fréquents chez lui par une mauvaise nourriture, insuffisante ou exagérée, en déterminant diverses affections locales, comme le catarrhe, la diarrhée, l'athrepsie, n'a permis aucune observation à ce sujet. Le docteur Thiébaut, chef de clinique médicale à la Faculté de Nancy, qui a publié la monographie la plus complète sur cette maladie in *Archives de médecine*, janvier 1882, arrive à la conclusion qu'elle se manifeste d'une rareté extrême avant l'âge de vingt ans. Des 38 observations qu'il relate, un seul malade était au-dessus de dix-huit ans et deux seulement entre dix-huit et vingt ans. Dans les 19 cas cités par Hirsch, 2 seuls malades avaient moins de vingt ans. De tous les auteurs cités, un seul, Lafage, signale dans sa thèse inaugurale (Paris, 1881) un exemple rencontré chez un enfant de dix ans.

L'extrême rareté de cette ampliation gastrique était donc bien avérée, en Europe du moins, quand le docteur Moncorvo rencontra à sa polyclinique de Rio-de-Janeiro, le 9 novembre 1882, une petite fille de deux ans, atteinte de syphi-

lis héréditaire et d'accidents d'impaludisme, qui présentait une proéminence du ventre simulant une ascite. L'exploration démontra au contraire une simple dilatation gastrique, consécutive à un catarrhe invétéré de l'estomac. Ce fut une révélation nouvelle, et, par l'attention spéciale portée sur ce sujet, huit autres cas semblables furent observés par lui dans l'espace de quelques mois, sur cinq garçons et quatre filles, dont l'âge variait de quinze mois à quatre ans; un seul avait treize ans.

Sept de ces enfants présentaient des signes accentués de syphilis héréditaire, outre l'influence du paludisme, signalée chez six. Une tuberculose pulmonaire était en pleine évolution chez l'un d'eux. Si donc la fréquence de cette affection dans l'enfance peut être rattachée à ces accidents graves, comme elle l'a été à certaines maladies générales déprimantes chez l'adulte : anémie, chlorose, fièvre typhoïde et puerpérale et surtout la tuberculose, ces nouvelles causes seront à ajouter aux précédentes. L'alcoolisme même n'y paraît pas étranger, car c'est une habitude déplorable au Brésil comme en Grèce de faire boire du vin frelaté et même de l'alcool aux enfants malvenants pour les fortifier. La phtisie pulmonaire serait ainsi commune à tous les âges, puisque, dès 1843, Louis appelait l'attention sur cette coexistence de la dilatation de l'estomac, qu'il supposait produite par la toux. Le professeur Bernheim (de Nancy) a également insisté sur cette coïncidence (Voy. *année 1881*).

Toutes ces observations, relatées *in extenso*, démontrent bien, par la symptomatologie, l'existence incontestable de cette dilatation. La région épigastrique était extrêmement proéminente, contrastant avec une émaciation notable. Elle se montrait même plus saillante du côté gauche, au-dessous du rebord costal. Une certaine fluctuation, semblable à celle éprouvée sur un ballon de caoutchouc, était appréciable dans toute l'aire de la proéminence. Douleur inappréciable à la pression, mais oppression désagréable. De l'hypocondre gauche jusqu'à l'hypogastre, la percussion donnait un son tympanique, dénonçant que la grande courbure de l'estomac arrivait au niveau de la ligne mammaire gauche, à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic et à 3 centimètres de la ligne moyenne. La sonorité atteignait également la limite supérieure de l'estomac jusqu'à 1 centimètre au-

dessous du mamelon. L'auscultation au niveau de l'ombilic percevait clairement des bulles, en faisant boire l'enfant. La succussion, en prenant la région épigastrique entre les deux mains, donnait un bruit hydro-aérien, résultant de l'agitation des liquides et des gaz contenus dans l'estomac. Un bruit particulier, dû à l'ondulation de la partie supérieure du liquide, était produit en comprimant brusquement l'épigastre, le malade étant debout.

Tous ces signes physiques associés donnent une valeur absolue à la dilatation de l'estomac, démontrée encore par la quantité et la qualité des vomissements. Les lavages pratiqués journellement dans le dernier cas ont été, des divers moyens employés dans les autres, le plus rapide pour amener la guérison de tous ces petits malades. Ce travail est donc une démonstration complète de la fréquence de cette affection chez les jeunes enfants au Brésil. (*Da dilatacão do estomago nas creancas et seu tratamento*, par le docteur Moncorvo, professeur de clinique des maladies des enfants à la polyclinique de Rio-de-Janeiro; brochure in-8° de 79 pages, 1883).

ÉTRANGLEMENTS. *Taxis abdominal.* L'empressement que l'on met aujourd'hui à ouvrir le ventre pour découvrir le siège et la nature de l'étranglement interne rend la méthode employée par le docteur Henrot (de Reims) doublement utile à faire connaître. Dans deux cas, caractérisés par des douleurs atroces, la suppression des selles et des gaz par l'anus, on constatait une tumeur abdominale avec des phénomènes intenses de péritonisme. Il pratiqua le taxis de la manière suivante. A l'aide des deux mains, il chercha à englober la tumeur, en enfonçant avec douceur et progressivement le bout des doigts aussi profondément que possible dans l'abdomen. Appuyant alors sur la partie la plus saillante de la tumeur, il dirigea ses efforts vers le point profond inaccessible, où il supposait que l'anneau constricteur existait. Il fit ainsi disparaître la tumeur après un gargouillement pathognomonique perçu par les assistants.

Cette palpation superficielle et profonde de l'abdomen et la percussion même ne peuvent être pratiquées qu'après avoir vaincu la résistance des parois abdominales par des injections morphinées ou le chloroforme. Le taxis métho-

dique ainsi pratiqué ou l'emploi de l'électrisation recto-abdominale donnent des indications assez précises pour autoriser à recourir immédiatement, en cas d'insuccès, à l'intervention chirurgicale. Tout le succès de ces manipulations consiste d'ailleurs dans l'adresse, l'habileté du praticien et surtout le moment propice, car des malaxations intempestives du ventre, à une période avancée de l'étranglement, pourraient être aussi funestes que le taxis prolongé dans les hernies externes. (*Association française*, août.)

Révulsifs locaux. Arrivé au huitième jour d'une occlusion intestinale, malgré tous les moyens de traitement, un homme de quarante-deux ans était dans un état désespéré. Voix complètement éteinte, douleur à peine ressentie. L'effort de chaque vomissement, composé de matières fécales, était le seul signe de vie du patient, lorsque le docteur G. Roux essaya le marteau de Mayor. Il était représenté ici par une clef anglaise trempée dans l'eau bouillante et qui fut appliquée sur la paroi abdominale. La réaction fit sortir le malade de sa torpeur en poussant un cri. Malgré les phlyctènes produites, des compresses de laine chauffées autant que possible remplacèrent la clef, et, pour rendre la réaction plus vive, des vessies de glace furent appliquées alternativement.

Le soir même, il y eut des émissions de gaz, sans vomissements dans la nuit, et le lendemain matin le cours des matières s'était rétabli. Des courants induits auraient donné probablement le même résultat. C'est à défaut d'avoir un appareil sous la main que l'on peut y suppléer par des applications alternatives et brusques de froid et de chaud, pouvant amener la contractilité des fibres intestinales. (*Lyon méd.*)

Cette contractilité musculaire est provoquée de même par les lavements de café ou d'eau de Seltz. Ces moyens sont donc à employer de préférence tout d'abord. En les administrant en petite quantité d'heure en heure, ils sont le mieux retenus et provoquent des borborygmes accusés.

La *laparotomie* doit même succéder à ces divers moyens, quand ils restent vains et que la vie se prolonge. C'est après sept jours d'un étranglement interne que le professeur

L. Le Fort se résolut à la pratiquer sur un garçon de dix-huit ans. C'était un vrai moribond : sueurs froides, cyanose et refroidissement glacial des extrémités, pouls petit, fréquent, ventre distendu, ballonné, sans sensibilité inflammatoire à la pression ni matité pouvant déceler une péritonite. Le malade, plutôt étourdi qu'endormi avec le chloroforme, supporta l'incision de la ligne blanche sur 15 centimètres d'étendue, et c'est en dévidant l'intestin sous les doigts qu'une anse, légèrement tendue, se présenta et servit de guide pour reconnaître l'obstacle vers la fosse iliaque droite. C'était une sorte d'anneau fibreux très résistant et épais, formé par des adhérences organisées enserrant l'intestin grêle comme dans un étau, à 5 centimètres environ de son embouchure dans le cœcum. Quelques coups de ciseaux suffirent à libérer l'intestin, qui se dégagea ; quoique congestionné, il put être réduit et la plaie fermée par des points de suture profonde en fils d'argent. Une selle abondante eut lieu dans la nuit, et un mois après l'opéré se promenait. Une heureuse modification en résulta même sur la santé générale. Jusque-là, maigre et d'une santé délicate, par les difficultés de la digestion et les douleurs vagues éprouvées depuis 1879 à la suite d'une atteinte de péritonite subaiguë, ce jeune homme prit de l'embonpoint, une apparence de vigueur et de bonne santé le rendant méconnaissable. La hernie inguinale n'était pas reparue davantage. Quoique faite sans la méthode antiseptique, cette opération avait parfaitement réussi. (*Acad. de méd.*, novembre 1882.)

EXERCICE. *Bureau de renseignements*. Etablir au siège de l'Association générale des médecins de France, à Paris, un centre d'informations, auquel seraient adressés, par les soins des bureaux des Sociétés locales, des avis, des renseignements sur toutes les vacances des postes médicaux qui viendraient à se produire dans leurs ressorts respectifs par suite de décès ou autrement, serait pratiquer une sorte d'assistance préventive, préservatrice même dans bien des cas, en tendant la main aux confrères débutants et embarrassés, au grand intérêt du corps médical et de l'humanité tout à la fois. Telle a été la proposition faite par le docteur Boutequoy, président de la Société de l'arrondissement de

Châtillon-sur-Seine, dans l'assemblée générale du 2 avril dernier. Devant l'embarras éprouvé par un grand nombre de jeunes médecins au sortir de l'école pour se choisir une résidence, cette proposition ne pouvait manquer d'être prise en considération. Faute de connaître des localités parfois très avantageusement situées, dont les habitants réclament des médecins sans en obtenir, plusieurs de ces jeunes confrères sont réduits par nécessité à se fixer dans des postes médicaux sans avenir, où ils végètent, à moins de tenter la fortune dans les grandes villes, au risque de tomber dans le charlatanisme, quand le succès se fait attendre trop longtemps. Une intervention bien comprise et salutaire de l'Association, en favorisant ces débuts, pourrait en préserver plus d'un de la misère et des défaillances qu'elle peut entraîner, tout en facilitant le recrutement des médecins dans des pays qui en sont déshérités. Cette mesure, en attirant dans le sein de l'Association ceux qui en éprouveraient ainsi les secours et les bienfaits, aurait aussi pour effet de les y retenir, ne fût-ce que par la reconnaissance des services rendus.

Adoptée par l'assemblée, cette proposition, renvoyée au Conseil et agréé par lui, a reçu immédiatement un commencement d'exécution. Il a été résolu, dans la séance du 4 mai, qu'il serait procédé de suite à l'essai de son application. Un registre tenu par le docteur Martineau, secrétaire de l'Association à Paris, rue de Beaune, destiné à recevoir toutes les demandes et offres d'emploi, sera communiqué à tous ceux qui auront intérêt à le consulter. Le concours des bureaux des Sociétés locales devient dès lors indispensable au succès de cette œuvre confraternelle.

Une large voie s'ouvre dans l'Inde aux femmes médecins pour l'exercice de leur ministère. D'après le gouverneur actuel, plus de cent millions de femmes indiennes préfèrent la mort aux soins d'un docteur homme. D'où sa demande au Conseil médical du collège de Calcutta d'admettre les femmes aux mêmes cours que les hommes, pour leur conférer les mêmes grades avec des garanties uniformes. Devant le refus du directeur, les femmes médecins d'Europe n'ont donc qu'à aller convaincre les autorités locales de leur mauvais vouloir par les résultats obtenus. Une grande victoire

professionnelle les attend sous le double rapport de l'exercice et de l'enseignement.

Exercice militaire. Un décret ministériel appelle les officiers de santé, les pharmaciens de 2e classe et les étudiants à 12 inscriptions de doctorat à faire partie du service de santé militaire en cas de mobilisation. Ils seront compris dans la catégorie des hommes dits à la disposition et appartiendront soit à la réserve de l'armée active, soit à l'armée territoriale, pour seconder les médecins et les pharmaciens du cadre actif dans les corps de troupes, les hôpitaux ou le mbulances. Ils seront donc considérés comme auxiliaires, et leur position dans la hiérarchie, ainsi que leur solde, sera celle des adjudants élèves d'administration du service des hôpitaux. Ils sont soumis à la même discipline et au même service que dans la réserve.

Un examen d'aptitude sera préalablement applicable aux étudiants et l'uniforme spécial sera déterminé ultérieurement.

F

FALSIFICATIONS MÉDICINALES. En étudiant l'action convulsivante de la cinchonine, M. Laborde a dénoncé que cette substance, dont l'action est si différente de celle de la quinine, était mélangée en grande proportion au sulfate de quinine du commerce et notamment à celui des hôpitaux. Il a pu s'assurer par exemple qu'un échantillon de celui-ci contenait jusqu'à 43 pour 100 de cinchonine. Ainsi on ne donne que 57 centigrammes de sulfate, lorsqu'on croit administrer un gramme. Dans une analyse de la quinine de certaines pharmacies de la ville par M. A. Robin, on ne trouvait que 32 pour 100. (*Soc. de biol.*, décembre 1882.)

A propos du traitement d'une fièvre intermittente bien caractérisée chez une petite fille de cinq ans, une falsification identique fut constatée à Lille par le docteur Folet. Ayant prescrit des paquets de 30 centigrammes de sulfate de quinine, les accès, revenant tous les matins à huit heures avec frissons, chaleur et sueur, n'en furent nullement mo-

difiés. L'ordonnance fut renouvelée dans une seconde pharmacie, sans le moindre résultat. On s'adressa à un troisième pharmacien, et, dès le second jour, l'accès fut modifié et ne reparut plus le quatrième. L'analyse des premiers paquets par le procédé classique constata qu'ils renfermaient une grande quantité de sulfate de cinchonine. L'un des deux premiers pharmaciens déclara même n'avoir trouvé aucune trace de falsification lors de l'achat de son sulfate de quinine. Probablement il avait été victime de la fraude commise dans les hôpitaux de Paris, dont les boîtes renfermant ce médicament présentaient à la surface externe une couche de sulfate de quinine pur, tandis que le mélange existait au-dessous.

Après une longue et minutieuse instruction, M. Lacombe, droguiste, adjudicataire des fournitures à faire à l'Assistance publique, ayant été reconnu l'auteur de ces falsifications du sulfate de quinine, a été condamné, par jugement du 21 juin de la 8e chambre correctionnelle de la Seine, à une année d'emprisonnement et 50 francs d'amende. Ce n'est que sur appel, en confirmant cette sentence, que les seconds juges le déchargèrent des insertions du jugement dans douze journaux et de l'affichage à la porte de son magasin pendant vingt-quatre heures. Cette punition sévère préviendra peut-être à l'avenir des falsifications aussi coupables pour la santé publique et surtout celle des malades pauvres des hôpitaux. (*Tribune méd.*, 1er juillet.)

Chloroforme. Comme à Paris, plusieurs chirurgiens de Lille ont constaté que les chloroformisations sont plus difficiles qu'autrefois et que les individus qui y sont soumis présentent une plus grande agitation. Depuis sept ans que j'administre le chloroforme à l'hôpital militaire de Lille, a dit M. Arnould, j'ai remarqué en effet que plus nous avançons, plus le sommeil est difficile à obtenir; je constate surtout plus d'excitation chez les patients. (*Soc. méd. du Nord*, mai.)

Morphine. Le docteur Van Peteghem a pratiqué également sans résultat des injections hypodermiques morphinées. Ce médicament, pris chez un second pharmacien, a produit au contraire le calme attendu. C'est donc là un exemple de falsification à ajouter aux précédents. (*Idem.*)

FIÈVRES. La découverte d'un nouvel antipyrétique, venant se placer immédiatement à côté de la résorcine, qui, par son antipériodicité, est déjà surnommée le *quinquina des pauvres*, excite vivement la curiosité et l'intérêt. C'est le chlorhydrate de kairine, introduit par le professeur Filehne, d'Erlnagen. Tant de prétendus agents nouveaux, merveilleux et spécifiques, sont venus d'Allemagne dans ces dernières années, sans tenir leurs promesses à la vérification, qu'il faut se tenir sur la réserve, de crainte de déception.

Quelques observations faites par le docteur Hallopeau à l'hôpital Saint-Antoine tendent pourtant à confirmer l'énergie de son action anti-thermique. Sous son influence, la température, au-dessus de 40 degrés, est tombée en quelques heures à 37, chez deux pneumoniques. De même chez un garçon de dix-huit ans, atteint de tuberculose miliaire aiguë. La tolérance de ce nouveau médicament et son action instantanée et passagère, par son élimination rapide dans les urines, sont ainsi pleines de promesses pour calmer désormais la fièvre à volonté. Nous pouvons affirmer dès à présent, dit M. Hallopeau, que c'est, *de tous les agents antipyrétiques, celui dont l'action, à doses non toxiques, est la plus sûre, la plus puissante et la plus rapide.* Il ne nous paraît pas douteux qu'il ne constitue une ressource précieuse pour la thérapeutique; il permettra d'éviter, à coup sûr, les dangers que l'hyperthermie entraîne par elle-même. Faudra-t-il s'en servir pour faire évoluer sans fièvre une pneumonie, une fièvre typhoïde ou tout autre maladie? Serait-ce là une pratique sans inconvénient? La réaction fébrile n'est-elle pas dans une certaine mesure un acte de défense de l'organisme contre la cause morbifique, et n'y aurait-il pas danger à la supprimer brusquement? La question est à l'étude; si elle se résout par l'affirmative, on pourra encore donner la kairine, mais à doses plus faibles, de manière à modérer la fièvre sans l'annihiler. Nous nous proposons de reprendre ces études, dès que nous aurons pu nous procurer le médicament en quantité suffisante. (*Bullet. de thérap.*, septembre.) Voy. KAIRINE.

Contre le *délire intraitable* des fiévreux, qui repoussent toute boisson calmante et nécessitent l'emploi de la camisole, M. Allan, médecin directeur de l'hôpital des fiévreux de Glasgow, introduit des suppositoires morphinés, qui amè-

nent promptement le calme et la tranquillité. (*Lancet*, 15 décembre.)

Fièvre hectique. *Sur-alimentation artificielle.* Dans les formes aiguës de la phtisie pulmonaire marquant un caractère véritablement infectieux comme les cas où une fièvre vive et continue indique que les lésions sont en voie de progression incessante, il n'y a pas d'espoir de réussir par ce moyen ni même de pouvoir l'employer. Mais il faut en distinguer, suivant MM. Broca et de Wins, la fièvre chronique de résorption à peu près constante, fièvre hectique vespérale, se manifestant ordinairement le soir et qui disparaît par la sur-alimentation. Elle n'est pas un obstacle à ce mode de traitement et ne peut entraver que la digestion du soir. Le repas à la sonde est ainsi fait seulement le matin sur les malades du service de M. Dujardin-Beaumetz. Mais une malade de M. Desnos, ayant inversement cette fièvre le matin, ne pouvait être alimentée ainsi artificiellement que le soir. Quoi qu'il en soit, c'est un moyen assuré d'en faire cesser les accès quotidiens que d'alimenter artificiellement ces malades, surtout ceux dont les lésions sont limitées et qui conservent des forces. Plusieurs exemples en sont cités à l'appui. Voy. PHTISIE.

Fièvre typhoïde. L'épidémie de 1882 à Paris a provoqué de si longues controverses à la tribune académique qu'il serait superflu d'y revenir. Les conclusions pratiques sur une enquête sanitaire à faire par le gouvernement, avec les moyens économiques et prophylactiques proposés par M. Rochard, doivent d'ailleurs se poursuivre. Nous passerons sous silence cet épilogue d'une si longue discussion, pour signaler les leçons bien autrement pratiques, faites par le professeur Potain à sa clinique, sur les différentes complications offertes par les victimes. Il y a là plus de profit à en retirer pour les praticiens. Le discours topique du professeur Jaccoud doit pourtant en être excepté, en formant comme un guide pour le débutant dans la pratique.

Son traitement est basé sur deux caractères essentiels : l'*adynamie*, produite par l'infection typhique et la consomption fébrile ; la *calorification*, menaçant dans leur fonction-

nement le cœur et le cerveau. De là deux indications, dont l'une consiste dans la nécessité d'épargner et de soutenir dès le début les forces de l'organisme en vue des assauts qui se préparent; l'autre dans la nécessité de soustraire une portion de la chaleur produite. Ces indications sont remplies aussitôt que le diagnostic est établi avec certitude et exécutées sans hésitation ni expectation. Le traitement est donc uniforme et d'emblée. Il est constant et éventuel.

Voici le premier : alimentation par le vin, le bouillon, le lait surtout; médication par l'alcool (30 à 80 gr. par jour); administration de 3 à 4 gr., par vingt-quatre heures, d'extrait de quinquina. On continue ce régime jusqu'à la chute de la fièvre, et l'on satisfait ainsi, en temps utile, à la première indication. L'alcool a l'avantage de n'être pas seulement un tonique, un médicament d'épargne, mais d'agir encore comme antithermique.

Pour remplir la seconde indication, 4, 6, 8 et même 10 lotions sont pratiquées chaque jour avec du vinaigre aromatique. L'effet est immanquable : une rémission artificielle et momentanée tout d'abord est obtenue; puis, les lotions étant prolongées, elles agissent sur le *processus* calorigène et deviennent anti-fébriles.

Le *traitement éventuel* est institué en cas de fièvre grave, constatée par la continuité du mouvement fébrile, le défaut d'amplitude des rémissions matinales, la série non interrompue des températures vespérales dépassant 40 degrés centigrades, le défaut d'abaissement de la température après quatre jours de lotions, la défaillance du cœur, indiquée par le pouls et l'auscultation de l'organe. De là l'emploi des médicaments anti-fébriles, en observant cette règle absolue : obtenir le maximum d'effets avec le minimum de doses, sans oublier que l'on manie des poisons redoutables, ce sont la quinine et l'acide salicylique.

La quinine, sous forme de bromhydrate, est administrée par séries de deux ou trois jours consécutifs avec repos de quarante-huit heures, un gramme et demi à deux grammes le premier jour, en diminuant de 50 centigrammes le lendemain et le surlendemain; on donne la dose entière en une demi-heure, le matin ou le soir, selon que l'accès fébrile se présente. Deux séries suffisent ordinairement à abaisser la courbe thermique de 1 à 2 degrés.

L'acide salicylique est préférable comme antiseptique, si le malade n'offre ni alcoolisme, ni faiblesse du cœur, ni troubles des reins ou du cerveau. Les complications pulmonaires sont combattues par des ventouses sèches locales.

Les résultats ont été de 71 morts sur 655 typhoïdiques traités de cette manière, soit une mortalité de 11 0/0. 80 000 cas de fièvre typhoïde collectés ont donné une proportion de 19 0/0. Ce résultat général est donc moins satisfaisant. (*Acad. de médecine*, 1882.)

Contagion. Elle n'est jamais plus sûrement constatée que par l'importation directe, comme un exemple en est signalé par le docteur Pineau. Le 5 octobre 1882, un employé de la gare de Strasbourg partait de Paris au septième jour d'une fièvre typhoïde, à destination du Château-d'Oléron (Charente-Inférieure), où ne régnait aucun cas de cette nature, sauf diverses fièvres graves paludéennes à caractère typhoïde.

Fin novembre, ce malade était encore convalescent, quand neuf cas apparurent, qui tous s'étaient développés en un point plus ou moins rapproché de la maison contaminée, les distances variant entre 10 et 200 mètres. 4 de ces malades, dont un mourut, étaient groupés deux par deux dans des maisons contiguës et buvaient l'eau du puits de la maison contaminée ou de celui situé à quelques mètres ; ce qui, sur un sol jurassique, comme celui de l'île d'Oléron, offre de grandes chances d'infection. L'immunité de la garnison de Saintes est la preuve que la cause était toute locale.

Les faits d'importation si manifestes sont rares ; mais ils suffisent à prouver le danger qu'il y a, pour une population jusque-là épargnée par la fièvre typhoïde, à recevoir dans son sein un malade qui en est atteint. Aussi doit-on se demander s'il ne serait pas urgent d'imposer des règlements tendant à restreindre autant que possible la circulation des typhoïdiques. (*Association française*, août.)

Plusieurs épidémies locales se sont ainsi manifestées dans la campagne, d'après la collection de faits aussi rigoureusement observés depuis quelques années en France et à l'étranger de jeunes typhoïdiques partant, dès le début du mal, des grandes capitales où ils habitaient. Le mal se com-

munique de maison à maison ou entre les membres d'une même famille, comme le docteur Quinquaud en relate plusieurs exemples observés dans ces dernières années. (*Revue scientifique*, juin.)

L'*étiologie fécale*, qui a acquis tant de crédit en Angleterre sur l'autorité de Budd et de Murchison, est complètement infirmée par un fait observé récemment à Nancy et qui a toute la valeur et la précision démonstratives d'une expérimentation. V. EMPOISONNEMENTS.

Prodromes de la perforation intestinale. Si elle survient inopinément parfois dans des cas très bénins en apparence, il y a cependant lieu de la prévoir dans d'autres, à l'intensité de certains symptômes, comme la diarrhée déjà signalée. Le météorisme très prononcé, les ulcérations profondes décelées par l'accumulation des gaz, en provoquant l'inertie de l'intestin, la persistance de l'hyperthermie après le premier septénaire, en dehors de tout autre centre inflammatoire connu et surtout le tremblement marqué des mains et de la langue, sont, d'après l'observation clinique du docteur J. Byers, des signes particuliers de nature à faire craindre cette redoutable complication. D'où l'indication de fortes doses d'opium à administrer pour obtenir l'immobilité absolue de l'intestin. (*British med. journal*, novembre 1882.)

Muguet pharyngé. V. ANGINE CRÉMEUSE.

Orchite typhoïdique. V. ORCHITE.

Forme rénale. En imprimant un caractère spécial à la maladie, elle se distingue en deux groupes assez tranchés par l'apparition précoce ou tardive de l'albuminurie, qui en est le signe particulier. D'après les faits observés dans le service du docteur Hutinel, en voici les différences tracées par M. Didion :

Dans la forme précoce, où l'albuminurie apparaît dès le premier septénaire, le début est généralement plus brusque que dans la fièvre typhoïde ordinaire, et les accidents graves surviennent beaucoup plus rapidement ; la prostration est extrême ; la langue se dessèche très vite, en même

temps que paraît l'albumine dans les urines ; la face est profondément altérée : elle présente de la bouffissure, et il se produit aussi, parfois, de l'œdème des pieds avec douleurs lombaires très vives, dans quelques cas. Vers la fin de la première semaine survient un délire précoce, tantôt calme et tantôt furieux, qui se produit d'une façon à peu près constante. Enfin, les taches roses sont rares, mais on observe fréquemment diverses manifestations cutanées, telles que des éruptions diverses, des eschares, des pustules d'ecthyma, des furoncles, du purpura, etc. Dans une variété beaucoup plus rare, qu'on peut appeler hémorrhagique, l'urine contient du sang en grande quantité.

Dans la forme tardive, la fièvre typhoïde, après avoir évolué régulièrement pendant une assez longue période, souvent deux septénaires, se complique tout à coup de certains accidents, consistant surtout dans des phénomènes attribuables à l'urémie, et en particulier dans des accès d'éclampsie suivis ou non de coma et qui peuvent entraîner rapidement la mort du malade. Dans quelques cas, ces accès se produisent alors même que la convalescence avait déjà commencé à s'établir.

D'où l'importance de l'examen de l'urine ; puisque si l'albumine est abondante, le pronostic peut être sérieusement aggravé. On doit craindre qu'il ne s'agisse pas là seulement d'une légère congestion du rein, mais d'une véritable néphrite. D'où l'indication spéciale, indépendamment de l'emploi des divers médicaments dirigés contre l'élément infectieux de la maladie, de chercher à agir par révulsion sur le rein ; si des douleurs lombaires contusives indiquent une congestion très forte de cet organe, on appliquera des sangsues, des sinapismes, des ventouses sèches ou scarifiées, mais en se gardant bien, malgré l'opinion contraire de M. Hardy, d'appliquer des vésicatoires, dans la crainte de déterminer une congestion cantharidienne. (*Thèse inaugurale*, 80 pages, Paris).

Effets suspensifs sur la syphilis (V. ce mot).

Durée. Elle serait exclusivement soumise à la lésion intestinale, suivant le professeur Bernheim, de Nancy. Abortive ou fébricule serait l'expression de la résolution des

plaques de Peyer, comme celle des pustules dans la varioloïde par rapport à celles de la variole. De là la division en trois septénaires de l'évolution des ulcérations intestinales. Toutes les prolongations au-delà de ce terme, en dehors des complications appréciables, s'expliqueraient par l'évolution successive des plaques. Les recrudescences, les rechutes ne seraient que la manifestation de cette évolution différente. La fièvre de convalescence serait de même l'effet d'une habitude acquise, une diathèse fébrile persistante. N'est-ce pas là de la localisation à outrance ?

Aussi bien, M. Parisot ne voit dans les fièvres de convalescence plus ou moins longues qu'un effet de l'intoxication du sang par les ulcérations intestinales, des lésions pulmonaires s'y joignant souvent. Une sorte de septicémie typhoïdique en résulterait, qui se montre seulement ainsi dans les cas graves et compliqués. (*Soc. de méd. de Nancy*, 27 juin.)

L'essentiel à retenir de ces opinions différentes, c'est que le traitement doit être le même dans ces fièvres de convalescence de la dothiénentérie, marquées surtout par la maigreur, tandis que la première l'était par la stupeur, alors disparue. Ce sont là des fièvres à quinquina comme tonique et antipériodique. L'extrait sec ou mou, additionné de sulfate de quinine, en triomphe le plus souvent, dès que les poumons sont intacts et qu'il n'y a pas de diathèse occulte.

Fréquence à Paris. Nul ne pouvait traiter ce sujet avec plus de compétence que M. Jacques Bertillon, appelé à succéder à son regretté père comme chef des travaux statistiques de la ville de Paris. C'est en choisissant ce sujet pour sa thèse inaugurale qu'il en a élucidé plusieurs points importants, d'après les faits enregistrés depuis 1865 jusqu'en 1881, soit dix-sept ans.

La mortalité a varié entre 41 et 102 décès annuels par cent mille habitants, d'après l'épidémicité régnante, dont la marche constante s'accroît avec la chaleur et décroît avec le froid. L'hiver est ainsi la saison la moins dangereuse, quand la contagion ne règne pas, comme en 1870-71, l'année fatale.

Suivant les arrondissements, ceux qui sont le plus frappés d'ordinaire paient aussi un plus lourd tribut en temps d'épi-

démie, montrant par ce fait que les causes générales mauvaises qui la déterminent endémiquement, comme l'encombrement, l'insalubrité, viennent s'ajouter à la contagion en temps d'épidémie. D'où la difficulté de distinguer ces deux ordres de causes. Le septième arrondissement, comprenant l'Ecole militaire, se distingue entre tous par son énorme mortalité. Celui de Passy, l'un des mieux situés et dont la salubrité et l'absence d'encombrement semblaient devoir le prémunir, a été le plus frappé en 1880 et 1881. Au contraire, le vingtième, malgré le nombre considérable de ses indigents, n'a compté que peu de cas, et sa mortalité a toujours été inférieure depuis 1865 aux quartiers les plus favorisés de la capitale.

L'influence de la jeunesse est bien connue et constatée jusqu'à trente-cinq ans. Après cet âge, la mortalité diminue considérablement.

Celle de l'acclimatement est surtout soumise à l'âge des immigrants. Il est remarquable que les femmes nées à Paris sont constamment plus frappées que les hommes qui y sont aussi nés. Ceux-ci sont à leur tour moins frappés que ceux qui sont nés au dehors : d'où la doctrine classique que les nouveaux venus en sont les victimes de préférence. Les femmes nées hors Paris sont loin d'être aussi frappées que les hommes de cette catégorie ; leur mortalité est la même que celle des femmes qui y sont nées. La différence de vie, de logement et de profession des immigrés, ouvriers en majorité, vivant économiquement, pour emporter plus d'argent, en paraît la cause, car les femmes, étant domestiques, vivent mieux et généralement isolées. (*De la fréquence de la* fièvre typhoïde *à Paris depuis 1865 jusqu'en 1881*, par le docteur Jacques Bertillon; thèse de Paris, mars 1883).

Fréquence à New-York. Comme dans tous les grands centres encombrés, elle prend dans celui-ci un accroissement marqué. De 100 à 200 cas annuels avant 1863, la mortalité s'est élevée de 500 à 600 de 1863 à 1866, durant le règne du *typhus fever*, en variant depuis de 2 à 400 décès annuels. Il y en eut 178 en 1879, 446 en 1881, et il y en avait déjà 274 au 1er octobre 1883. Les mois d'août, septembre et octobre sont les plus meurtriers.

Du 1er janvier 1878 au 1er octobre dernier, 1305 cas de

fièvre typhoïde ont été traités dans les hôpitaux de New-York, avec une mortalité de 20 à 33 0/0 chaque année. Le plus grand nombre des victimes avait de dix à quarante ans, dont 604 de 20 à 30. Ses caractères principaux sont donc les mêmes ici que dans les autres contrées d'Europe, d'après cette statistique du docteur Delafield. (*Acad. de méd. de New-York*, 15 novembre.)

Signes de convalescence. Des abcès multiples et la diurèse critique en seraient les plus certains, d'après le docteur Chauffard. Les suppurations ne sont pas rares au déclin de la dothienentérie, et le simple bouton purulent d'ecthyma jusqu'aux abcès profonds de la paroi abdominale, des masses musculaires, des fosses iliaques peuvent s'observer. Le caractère spécial de ceux-ci, ce sont de petits abcès tubéreux, gros comme une noisette ou une noix, isolés ou agminés, se formant coup sur coup aux régions sacro-iliaque et fessière, par une évolution particulière. Ils évoluent à petit bruit, presque sans douleur, et s'accompagnent à peine de poussées fébriles rémittentes et d'un peu d'œdème périmalléolaire, si bien qu'ils pourraient passer inaperçus si l'on ne surveillait de près le malade. En tout cas, il n'y faut pas chercher la fluctuation; dès qu'on les sent, sous forme de noyaux arrondis, durs, sans œdème périphérique, sans vascularisation ni chaleur anormales de la peau, il faut inciser, et l'on est étonné de voir qu'ils contiennent presque toujours plus de pus que leur volume ne pouvait le faire soupçonner, pus épais et souvent sanguinolent. A ces caractères d'évolution rapide et insidieuse, ces abcès en joignent un autre non moins spécial : à peine ouverts, ils cessent de sécréter, et leurs parois se réunissent, se recollent pour ainsi dire, en un jour ou deux environ. Un autre abcès se reformera peut-être ensuite à côté, pour se fermer de même à peine ouvert. Du reste, rien de tout cela n'est spécial aux abcès critiques de la fièvre typhoïde; il en va ainsi au décours de bien des maladies infectieuses, de l'érysipèle et de la variole, pour ne citer que deux exemples. Dans la plupart des cas où la recherche en a été convenablement faite, le pus de ces abcès a paru fourmiller de microbes.

La diurèse de la convalescence est moins commune à la

suite de la fièvre typhoïde qu'on ne pourrait le supposer; mais, quand elle se produit, rien n'est plus saisissant pour l'observateur. Tel malade qui, pendant tous le cours de son cycle morbide, aura uriné de 1 litre 1/2 à 2 litres par vingt-quatre heures, rendra tout à coup, du jour au lendemain, 3 à 5 litres d'une urine claire et transparente; le fait est aussi subit et aussi massif que l'apparition de certaines diurèses digitaliques chez les cardiaques. (*France méd.*, mars).

Glycérine. Elle est administrée comme aliment d'épargne, empêchant les combustions organiques par l'hyperthermie, dans les fièvres aiguës, par le professeur Semmola, de Naples. Il la préfère à l'alcool, à cause de l'action excitante de celui-ci sur la muqueuse gastrique et sur le cerveau, si souvent irrités par la fièvre même, surtout dans les formes typhiques. 15 à 20 grammes peuvent en être dissous dans 4 à 500 grammes d'eau, à prendre dans la journée par cuillerées à bouche toutes les heures, en y ajoutant un peu de jus de citron ou 2 grammes d'acide citrique, suivant la formule :

℞ Glycérine *très pure*.....	30	grammes.
Acide citrique ou tartrique.....	2	—
Eau.....	500	—

L'acide peut être remplacé par quelques gouttes d'essence d'anis, très agréable aux malades. Ceux qui sont dévorés par la fièvre et altérés éprouvent un vrai plaisir de cette solution fraîche, à la dose de une à deux cuillerées à bouche toutes les heures. On la suspend avant de prendre du bouillon et surtout du lait, à cause de son acidité légère. L'estomac la tolère très bien, sans aucun dérangement intestinal. Peu de malades s'en dégoûtent.

Sa qualité d'aliment d'épargne est démontrée par la diminution marquée de la quantité d'urée rendue sous l'influence de cette boisson. Elle s'est élevée jusqu'à 10 grammes dans les vingt-quatre heures. Son abaissement le plus ordinaire est de 6 à 7 grammes. Il suffit d'en suspendre l'usage un jour ou deux pour le constater avec l'appareil d'Yvon. Cette diminution n'est parfois que de 2 à 3 grammes par jour chez les typhiques dont la température n'est pas au-dessus de 39°5. (*Acad. de méd.*, 22 mai, et *Bull. de thérap.*, juin.)

Ces effets sont d'ailleurs parfaitement conformes avec les expériences faites chez les animaux par M. Catillon sur l'action physiologique de la glycérine prise à l'intérieur. Dès que le sujet en expérience a une ration constante, le chiffre de l'urée reste constamment inférieur à la normale, malgré l'excitation de l'appétit déterminée par cet usage quotidien de la glycérine. L'urée ne s'élève qu'en cessant la médication. Une ration alimentaire considérable et proportionnée à l'appétit peut seule faire remonter le chiffre initial correspondant à une augmentation du poids du corps, comme l'a constaté le professeur Sée.

Il est donc bien mathématiquement démontré que l'usage interne de la glycérine diminue la désassimilation et les combustions des principes azotés et que le taux de l'urée excrétée diminue si la ration alimentaire reste la même. Elle favorise de plus l'assimilation, facilite la digestion et régularise l'appétit. L'urée n'augmente ensuite que proportionnellement à l'alimentation. (*Soc. de thérap.*, 9 mai.)

Salicylate de soude. La constipation qu'il produit ordinairement dans le rhumatisme serait l'indication de son emploi spécial contre la diarrhée des typhiques. Le docteur Bareggi, l'ayant donné dans ce but contre des diarrhées, les a vues cesser en deux à trois jours sous son influence, en l'administrant à haute dose, comme dans le rhumatisme, sans produire de troubles nerveux ni digestifs. (*Gazz. degli ospidali*, décembre 1882.)

Lavements camphro-phéniqués. En présence de quelques accidents provoqués par les lavements phéniqués, employés comme antithermiques à l'ambulance de la colonne du Taguin, où 67 typhiques ont été traités durant les trois mois de l'été de 1881, et de leur insuffisance contre les accidents ataxiques, l'aide-major Amat a été conduit à y ajouter du camphre dans la proportion suivante :

℞ Camphre	1 gr.	00
Acide phénique cristallisé	0	50
Alcool	30	00
Eau	170	00

Mêlez.

Cette solution donne un liquide incolore, transparent, très fluide, d'un goût aromatique spécial, avec sensation de fraîcheur. Conservé dans l'intestin pendant trente à quarante minutes en moyenns, il détermine en vingt à trente minutes une hyperémie cutanée, suivie de sueurs modérées. La température s'abaisse ensuite de deux degrés centigrades. Le pouls devient plus ample; la respiration anxieuse se calme, l'agitation s'apaise, le délire est moins loquace, et un sommeil réparateur met en général fin à la scène tumultueuse. Les soubresauts des tendons diminuent, sans disparaître.

Ni l'exhalation pulmonaire, ni les sueurs n'ont d'odeur. La coloration des urines est moins foncée qu'avec l'acide phénique seul. L'action sédative est plus durable que l'hypothermie. La température se relève deux à trois heures après; mais le malade conserve le bien-être du calme procuré par ce lavement, sans que la moindre nausée ni vomissement en soient résultés. Pas de collapsus. (*Bull. gén. de thérap.*, novembre 1882.)

C'est donc un remède précieux à utiliser dans les formes ataxiques. Il permet d'escompter sûrement le calme d'une nuit à tout typhique trouvé le soir en proie à la plus vive agitation, comme ce résultat a été vérifié par le chef de service à l'hôpital de Milianah.

Lavements de chloral. A défaut de pouvoir remplacer le camphre par le chloral, s'il est incompatible avec l'acide phénique, deux observations du docteur Befrégé, de Lodève, montrent qu'il peut suffire à lui seul dans certains cas. Deux typhiques, âgés de 16 à 17 ans, étaient arrivés à la fin du premier septénaire avec une insomnie complète. 2 grammes d'hydrate de chloral furent administrés en lavement. Sous l'influence du sommeil en résultant, tous les accidents graves, accompagnés d'hyperthermie et de symptômes ataxiques, se calmèrent et disparurent, si bien que la maladie, transformée en quelque sorte, revêtit, à partir du jour où le calme survint, la forme la plus bénigne.

La fièvre typhoïde avec ses divers traitements et la doctrine Pasteur à l'Académie de médecine, par E. Duval, médecin fondateur de l'Institut hydrothérapique; brochure in-8° de 80 pages, Paris.

Boutade spirituelle, faite sous forme de compte rendu libre

dans la *Médecine contemporaine* au cours de cette discussion célèbre. Tout en la jugeant surtout à son point de vue particulier de l'hydrothérapie, pour infirmer les prétentions de Brand à la priorité de l'emploi des bains froids, qu'il revendique authentiquement en faveur de Currie, il prend chaque orateur à partie, pour critiquer ses doctrines et le persiffler sans façon. La statistique fantaisiste des hôpitaux militaires français est ainsi réfutée de la belle façon, comme les prétentions extraphysiologiques de M. Sée, le traitement constant, uniforme, systématique, immuable de M. Jaccoud, l'éclectisme de M. Teissier, le tact et la prudence de M. Dujardin-Beaumetz, l'esprit de M. Peter, les vues de M. Bouley, les mesures urgentes de M. Rochard et *tutti quanti*. Il y aurait bien à reprendre dans ce parti pris de tout critiquer et railler, même d'un éminent ami ; mais cette boutade, plus désopilante que méchante, ne peut être prise au sérieux. Son principal mérite est de rappeler et de marquer exactement, en les accentuant, toutes les phases et les incidents académiques de cette longue et fameuse discussion, avec tous les traits et les caractères personnels des orateurs et de tous ceux qui y ont pris part. Une main anonyme pourrait bien y avoir collaboré à cet égard. Les lecteurs y trouveront ainsi intérêt et plaisir et riront de bon cœur plus d'une fois, comme la plupart de ceux qui ont assisté à ce tournoi académique.

Fièvre puerpérale. *Résorcine*. Par son action élective sur la température, ce médicament n'a pas manqué d'être expérimenté chez les femmes en couches, chaque fois que la pyrexie atteignait un certain degré. Le docteur Braun l'a employée dans plus de 300 cas, et toujours il a obtenu une chute marquée de la température généralement jusqu'à la normale, avec une transpiration plus ou moins abondante. Dans quelques cas, il y a eu des sueurs profuses. La température ne reste abaissée que peu d'heures, de sorte qu'il faut répéter la dose le soir, quand le médicament a été pris le matin. La dose habituelle était de 3 grammes, répétée quelquefois. Ces doses massives ont donné lieu parfois à des phénomènes nerveux. En pareil cas, il s'agit d'en administrer de plus faibles et à des intervalles rapprochés. (*Deutsch. med. Zeitung*, n° 11.)

Fièvres intermittentes. *Résorcine.* Administré dans 20 cas de fièvres intermittentes, par le docteur Bassi, ce nouveau médicament, à la dose de 2 à 3 grammes renouvelée deux ou trois fois par jour, a suffi à supprimer les accès chez 17 malades. L'arsenic et la quinine employés consécutivement dans les 3 autres ont échoué de même. D'où le nom de *quinine du pauvre* qui lui est déjà donné outre-Manche. V. Résorcine.

Son action rapide permet de l'administrer une demi-heure ou une heure seulement avant l'accès, pour l'enrayer. On peut en augmenter la dose jusqu'à 6 à 8 grammes sans autre inconvénient qu'une surdité temporaire. Ses effets sont donc comparables à la quinine. (*Gazz. med. Veneto*, 6 janvier.)

Danger des hautes doses de quinine. Les doses massives, données dans l'intervalle des accès, amènent des troubles du côté de l'oreille, pouvant aller jusqu'à la surdité, par l'hyperémie de l'organe, principalement du labyrinthe, comme les expériences du docteur Kirchner sur les animaux le prouvent. M. Voltolini indique un moyen certain de prévenir ces accidents. C'est de dompter la fièvre avec de petites doses de 6 à 12 centigrammes, à une heure ou deux d'intervalle, d'une manière continue, aussi bien pendant les accès qu'après. C'est en la donnant momentanément à haute dose que les fièvres reparaissent par récidive et qu'elles s'éternisent. En continuant davantage le médicament à faible dose et longtemps après que les accès ont cessé par du vin légèrement quinine, on prévient ces récidives. (*Monastsschr. für Ohren.* octobre 1882.)

Fièvre jaune. *Etudes expérimentales sur la contagion de la fièvre jaune*, par le docteur Domingos Freire, professeur de chimie organique à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro; brochure in-8° de 50 pages, avec une planche lithographiée du *cryptococcus xanthogenicus*, 1883.

En poursuivant à l'étranger la recherche du microbe de la fièvre jaune par la culture et les inoculations expérimentales, l'auteur supplée au défaut de ce que n'a pu faire le maître, M. Pasteur, en allant l'étudier l'année dernière à Bordeaux sur les malades arrivés du Sénégal. La ptomaïne

extraite des matières noirâtres des vomissements est une première donnée, et son inoculation à des lapins est la confirmation de son caractère contagieux. La contagiosité de la terre du cimetière où se trouvent enterrées les victimes s'accorde avec les expériences analogues de M. Pasteur sur le charbon et montre la parenté des deux microbes.

Ayant inoculé le virus de ce microbe, atténué par des cultures successives dans la gélatine, à des lapins et des cobayes, sans en éprouver d'accidents sérieux, comme avec le microbe non atténué, l'auteur paraît s'être enhardi à tenter ces inoculations sur l'homme. D'après les journaux brésiliens, cinq personnes, dont 2 Français, 1 Portugais, 1 Brésilien et 1 Anglais, n'ayant jamais eu la fièvre jaune, ont été soumises à cette vaccination ; des bourdonnements d'oreilles, une légère élévation de la température, avec de profondes douleurs abdominales, en sont résultés dans les vingt-quatre heures. Ce sont donc les prodromes de la fièvre jaune ordinairement observés.

Ecrit en français, ce travail montre que l'on ne s'occupe pas moins activement des microbes à l'étranger qu'en Europe, même dans la fièvre jaune. Une note récente de M. Babès signale ainsi leur présence dans les reins et le foie. Mais ces filaments, qui paraissent lisses et homogènes à un grossissement de 3 à 600 diamètres, ne sont composés à l'objectif de Zeiss que de grains elliptiques, presque cylindriques, disposés deux à deux et formant de petits groupes de deux à six diplococcus unis par une substance intermédiaire pâle. Ces bactéries sont surtout nombreuses dans les reins. Il s'agira donc de vérifier s'ils se rapportent au cryptococcus de M. Freire. (*Acad. des sciences*, 17 septembre.)

Épidémiologie de la fièvre jaune au Sénégal en 1878, par le docteur Le Jemble; thèse inaugurale, avec une carte; Paris, 1882. Sorte de journal d'un survivant de cette terrible épidémie, qui a fait plus de 700 victimes parmi les 1 400 Européens, civils et militaires, de la colonie. Son origine brésilienne est soutenue par l'auteur. La mortalité a été 50 fois supérieure parmi la population civile de Saint-Louis à celle des indigènes et s'éleva à 160 pour les troupes européennes, en augmentant à 175 pour la population civile de Gorée. Les colons nés à la Martinique et à la Guadeloupe ont

tous été épargnés, même après avoir fait de longs séjours en France, comme les indigènes noirs ou de sang mêlé. De même des Européens nés au Sénégal et des créoles originaires de l'Inde française, de Taïti, de la Réunion, comme de ceux ayant résidé en Cochinchine. Les Européens n'ayant qu'un séjour de deux années au Sénégal étaient frappés dans la proportion de 3 sur 4, dont 2 sur 3 succombaient, mais sans acquérir jamais l'immunité complète. Les trois premières victimes civiles de Saint-Louis y résidaient depuis plus de cinq ans.

Des médecins sanitaires placés sur la côte du Brésil et l'envoi de troupes acclimatées sont les conclusions naturelles de cette observation.

FISTULES. Les opérations récentes, en créant de nouvelles variétés de fistules, rendent ce sujet intarissable. En devenant de plus en plus fréquentes, celles qui sont pratiquées sur l'abdomen y donnent surtout lieu. V. GASTROSTOMIE.

Fistule pleurale. *Résection costale.* Un homme de vingt-quatre ans avait eu à dix-huit ans une pleurésie purulente ouverte spontanément dans le cinquième espace intercostal. Une fistule pleuro-cutanée persistait depuis, ayant résisté à tous les traitements. La cavité contenait 60 grammes de liquide, et les injections provoquaient des accès de toux insupportable. Le 29 août 1882, M. Bouilly pratiqua l'opération d'Estlander avec résection de 5 à 6 centimètres de la sixième côte et 3 centimètres de la septième. En permettant à la paroi thoracique mobile de se rapprocher ainsi de la surface pulmonaire, la cavité purulente disparut, et le 23 septembre la guérison était complète; un affaissement de plus en plus considérable s'est produit de ce côté, réduit d'un bon tiers. La respiration s'entend presque partout. C'est le second succès obtenu par M. Bouilly en pareil cas. (*Soc. de chir.*, septembre.)

Fistule vésico-intestinale. Un homme présentait une tumeur correspondant au fond de la vessie, avec de l'irritation de cet organe et de violentes douleurs à la partie inférieure de l'abdomen. Urine purulente. Le cathétérisme ne décèla rien dans la vessie ; mais l'examen de l'urine montra

ensuite les éléments des matières fécales, et des gaz s'échappaient en urinant. Un fragment osseux fut même rendu, qui, à l'examen, se trouva être l'épiphyse inférieure du fémur d'un lapin. Tous les accidents ont ensuite disparu graduellement, sous l'influence de l'usage de l'opium à petites doses, en vidant régulièrement la vessie et en la lavant ensuite. M. R. Harrison, qui a observé ce fait, est d'avis, après l'exploration abdominale, que le fragment osseux a été arrêté dans le côlon transverse, qui, en contractant des adhérences avec la vessie, s'ouvrit dans ce réservoir et donna ainsi issue au corps étranger. Toujours est-il que la fistule fécale s'est fermée et que cet homme jouit maintenant d'une santé parfaite. (*Liverpool med. Institution*, 8 novembre.)

Anus contre nature. Encouragé par 13 exemples, dont 7 succès, qu'il a pu recueillir, le docteur Duménil (de Rouen) a pratiqué l'anus d'Amussat chez une femme de vingt-cinq ans. Le résultat fut excellent, et les matières cessaient de passer par le trajet fistuleux depuis deux mois, lorsqu'il eut l'idée de fermer le bout inférieur de l'intestin. Un érysipèle en résulta et d'autres accidents qui déterminèrent la mort.

Si l'on est en droit d'entreprendre cette opération quand la fistule dure depuis un an ou deux, sans apparence de guérison et en provoquant des troubles fonctionnels pénibles, c'est donc à la condition de laisser subsister cette ouverture. Une difficulté sérieuse de ce procédé est de tomber sur le mésocôlon. Sur 12 cas, il s'est présenté 7 fois. M. Verneuil donne ainsi la préférence à l'anus iliaque de Littre, à cause de sa facilité opératoire. (*Association française*, août.)

Fistule recto-vaginale. *Périnéorrhaphie.* Consécutive à un abcès de la cloison, cette fistule existait inférieurement et avait été cautérisée sans aucun succès. Un avivement avec suture suivant le procédé américain, pratiqué par M. Monod, échoua également. Une cautérisation galvanique consécutive eut un résultat aussi déplorable. C'est alors que tout le pont de la suture, c'est-à-dire l'incision du périnée, suivie de la périnéorrhaphie immédiate, amena la guérison, comme le meilleur traitement de ces fistules, ainsi que M. Richet l'a démontré. C'est donc un nouveau succès à ajouter aux précédents. (Voy. *année* 1882.)

FRACTURES. *Influence de l'alcoolisme.* Un homme de cinquante-deux ans, manifestement alcoolique, fait une chute et se fracture la malléole externe. Peu de jours après, un érysipèle de la face se manifeste, produit par des excoriations légères de la région externe de l'orbite droit. Fièvre très forte, délire, rougeur et gonflement œdémateux de la jambe fracturée. Mort dans l'adynamie. L'autopsie montre au docteur Picqué le foyer de la fracture suppuré et ouvert dans l'articulation tibio-tarsienne; catarrhe du foie.

Dans un autre cas, observé par le docteur Duménil, un alcoolique se fracture une côte. Le foyer suppure bientôt, et le blessé succombe. L'influence de l'alcoolisme sur la suppuration des blessures est ainsi rendue évidente. (*Association française*, 17 août.)

Influence du diabète. Sur quatre fractures portant sur la jambe, le bras et l'avant-bras chez des diabétiques, une seule guérit régulièrement ; deux consolidations furent tardives ou incomplètes, la quatrième nulle. Le traitement ayant été régulier, le diabète seul peut être incriminé, et, sans vouloir trop généraliser, M. Verneuil admet que cette maladie, qui rentre d'ailleurs dans la classe des affections par ralentissement de la nutrition, peut retarder ou même empêcher la consolidation des fractures. Un autre point clinique relevé chez les diabétiques atteints de fractures, c'est l'indolence presque complète de ces lésions. Ces malades, en effet, n'accusaient que des souffrances très modérées.

Traité pratique des fractures et des luxations, par H. Hamilton, chirurgien de l'hôpital de Bellevue, à New-York, traduit et annoté par G. Poinsot, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux. Un vol. in-12 de 1150 pages, Paris, avec de nombreuses figures.

Fractures de la rotule. *Suture osseuse.* Suivant la pratique de M. Lister, M. Beauregard (du Havre) a exécuté cette opération le second jour après l'accident, le fragment inférieur trop petit basculant et rendant toute coaptation impossible. Fièvre consécutive très légère; épanchement dans l'articulation, qui se résorbe bientôt spontanément. Le

septième jour, le blessé passe deux heures dans son fauteuil. L'appareil plâtré, enlevé trois semaines après, permet la marche, malgré le gonflement et la tension du genou. L'opéré, amené au cinquante-neuvième jour, marche, tout en portant encore son fil d'argent.

Cette combinaison de l'arthrotomie et de l'ostéotomie a donné les résultats suivants : sur 17 observations, pas un cas de mort, pas d'accidents graves, 2 ankyloses et 15 guérisons complètes. Tel est le dossier de cette nouvelle méthode. (*Soc. de chir.*, 25 avril.)

Le rapport de M. Chauvel sur ce fait montre au contraire que sur 49 cas analogues, enregistrés dans la science, dont 4 seulement antérieurs à la méthode antiseptique, la suture osseuse a donné 5 0 0 de morts, 34 0/0 d'insuccès et 61 0/0 de succès. D'où la légitimité de cette opération, mais dans les cas seulement où les fragments n'ont pu se rapprocher.

Dans un mémoire récent de M. Lister à la Société de chirurgie de Londres, 6 opérés sur 7 étaient présentés complètement guéris.

Dans une fracture ancienne, sans consolidation quatre mois après l'accident, avec large écartement, M. Lucas-Championnière ouvrit le genou, dégagea les fragments des fausses membranes qui les obstruaient et les réunit avec un fil métallique laissé en permanence. Le succès fut complet. M. Pozzi a suturé également la rotule chez un aliéné.

Mais tous ces faits n'ont pu trouver grâce devant la compagnie. L'écartement des fragments n'empêche pas le fonctionnement du membre. Des clowns ont pu exercer leur profession avec un écartement considérable. Des fragments bien rapprochés peuvent au contraire laisser le membre impotent. Ce résultat différent dépend de l'état du triceps, suivant M. Richelot. L'intégrité de ce muscle serait la cause de la guérison parfaite, plutôt que l'absence de liens fibreux. Il faut donc l'électriser, s'il est paralysé, avant de faire la suture.

A l'appui de cette interprétation, M. Henriet a observé un homme atteint de faiblesse du membre inférieur gauche par atrophie du triceps, consécutive à une paralysie infantile. Un hémohydarthrose, suite d'une chute sur le genou, vint encore compliquer l'atrophie. Une contraction musculaire violente amena la fracture transversale de la rotule,

et, malgré un écartement de quatre travers de doigt entre les deux fragments, le triceps ayant repris ses fonctions sous l'influence d'un traitement approprié, le blessé marchait mieux après sa fracture qu'avant : d'où la conclusion que l'atrophie du triceps détermine l'impotence fonctionnelle.

M. Verneuil proteste avec énergie contre cette pratique de la suture. La paralysie du triceps réclame plus de soins que l'écartement des fragments. Une cause adjuvante s'y ajouterait, d'après M. Berger, en se combinant avec l'atrophie du triceps pour amener l'impotence fonctionnelle : c'est la déchirure ou rupture ligamenteuse étendue des attaches inférieures de ce muscle et du surtout ligamenteux de la rotule qui en reçoit les insertions musculaires. Sur 4 blessés observés dans son service de la Charité, l'atrophie n'existait que chez 2, et, tout en amenant une diminution de 4 centimètres chez l'un d'eux, sur le côté opposé, aucun trouble fonctionnel n'en résultait. Une marche facile et parfaite est d'ailleurs compatible avec des écartements considérables, comme ces quatre faits en sont la démonstration péremptoire. (*Union méd.*, n° 170.)

Un homme ayant eu deux fractures successives de la rotule de chaque côté, présenté par M. Larcher, n'a jamais eu d'arthrite. Ses muscles sont intacts ; il marche aussi bien que possible et monte même les escaliers. Les fragments d'une des rotules sont complètement dissociés par un intervalle de 12 centimètres. Jusqu'à présent, dit M. Le Fort, la caractéristique de la chirurgie française était son souci de la vie des autres. Il est déplorable que quelques-uns de ses membres veuillent la faire sortir des vieilles traditions. On ne proposerait pas la suture osseuse dans les fractures simples pour les transformer en sutures compliquées. Il y a bien des appareils mécaniques à appliquer, mais on ne peut tuer des blessés qui ne mourraient pas sans l'intervention sanglante. L'arthrotomie, pour M. Desprès, est une opération dans laquelle on risque de commettre un meurtre sur un de ses semblables. On peut marcher sans cal osseux. M. Labbé se borne à l'évacuation du sang quand il est en quantité considérable, ainsi que MM. Gillette et Nicaise. M. Trélat lui-même pratique ces ponctions; mais la plupart des chirurgiens repoussent la suture immédiate. (*Soc. de chir.*, novembre.)

Après avoir traité efficacement trois fractures de l'olécrâne par la suture, M. Lister a été amené par similitude à l'appliquer à celles de la rotule; un succès du docteur Cameron l'ayant encouragé dans cette pratique, il l'employa à l'hôpital de King's College à partir de 1877, et les succès qu'il en a obtenus sont la meilleure démonstration de l'innocuité du procédé. (*Soc. de méd. de Londres* et *Lancet*, 3 novembre.)

Il n'y aurait donc pas à s'élever *à priori* contre un procédé donnant d'aussi beaux résultats. Toute la question serait d'en fixer l'application, en n'y recourant qu'en cas d'insuccès des moyens ordinaires. C'est l'avis de la plupart des chirurgiens de n'y recourir que secondairement, tandis que l'auteur prétend l'employer avec plus d'avantages au début, en raison des liquides qui viennent s'interposer entre les fragments. En s'organisant par leur accumulation, ils forment un obstacle mécanique insurmontable à leur réunion. Mais il y a plus de risques que de bienfaits à agir ainsi, a répondu M. Bryant, et la plupart de ses collègues ont été du même avis. Comme à la Société de chirurgie, les protestations se sont élevées surtout contre cette prétention d'employer d'emblée la suture osseuse dans tous les cas. Elle ne doit être au contraire qu'un secours ultime, quand le blessé ne peut marcher, sans autre cause apparente que l'écartement des fragments. (*Idem*, 10 novembre.)

La déchirure du support ligamenteux de la rotule aussi bien que l'aponévrose du muscle extenseur en sont les principales causes, d'après le docteur W. Macewen (de Glasgow). Ces parties étaient complètement déchirées — *torn across* — en ouvrant l'articulation d'une ancienne fracture de la rotule non consolidée. Les fragments pouvaient être parfaitement réunis; mais les parties molles recouvrant la rotule n'étaient plus assez adhérentes aux fragments pour en suivre les mouvements, surtout le supérieur, dont toute la surface, excepté sur la partie interne, était complètement dénudée. L'union était donc impossible avec ces lambeaux membraneux entre les fragments. Il en était de même dans un second cas de fracture transversale, et, si une déchirure analogue n'existe pas dans les fractures longitudinales, il n'en faut pas moins tenir compte pour la suture des fragments.

Cette cause de non-réunion, analogue à celle prévue par M. Berger, est démontrée par trois observations cliniques de

fractures transversales de la rotule et une de l'olécrâne. D'où la principale indication pour le chirurgien écossais de la suture osseuse dans les quarante-huit heures de ces sortes de fractures. (*Lancet*, 17 novembre.)

En produisant un succès de ce nouveau traitement de la suture osseuse, obtenu sur un marin en 1881, dont la fracture non réunie remontait à six mois, M. Turner a renouvelé ce débat à la Société clinique de Londres. A l'appui de cette méthode, il a présenté le résumé de 50 cas traités de cette manière : 29 pour des fractures anciennes, comme le sien, et 21 pour des cas récents; 2 morts seulement en sont résultées, l'une par septicémie chez un opéré de M. John Wood et l'autre de sir W. Mac Cormac. Mais 13 de ces cas ont été suivis de suppuration ou ankylose, parfois même des deux, comme dans le cas de M. Turner vanté à l'appui. L'opération fut abandonnée une fois, à défaut de pouvoir rapprocher les fragments, et ils avaient un écartement d'un pouce dans un autre. La rotule se brisa par un mouvement passif dans un troisième. Ces résultats généraux ne sont donc pas aussi encourageants que ceux de M. Lister. Il a suffi à M. Bryant de réunir 32 cas traités par les moyens ordinaires, à l'hôpital Guy, avec des résultats plus ou moins satisfaisants, mais permettant à tous les blessés de marcher, sans un seul décès, pour montrer que l'ancienne méthode est encore préférable à la nouvelle. En promettant de présenter, complètement guéri, six semaines plus tard, un cas de ce genre, traité dans son service par le bandage plâtré, M. C. Heath a ajouté qu'il pensait que le mémoire de M. Lister coûterait beaucoup de genoux et beaucoup de vies. (*Clin. Soc.*, 9 novembre, et *Lancet*, 17 novembre.) On peut juger, d'après ce qui précède, que les plus grands chirurgiens anglais sont aussi opposés à la suture osseuse, faite d'emblée surtout, que les chirurgiens français.

Ceux d'Irlande n'y sont pas plus favorables. M. Coppinger a pris occasion d'un spécimen de ce genre pour dire que la suture est hasardeuse et n'a pas reçu une épreuve suffisante, même entre les mains des plus habiles, pour admettre qu'elle est absolument exempte d'accidents septiques. Le docteur Mapother n'avait jamais éprouvé un si grand étonnement qu'en lisant l'*Address* du professeur Lister à ce sujet : son audace surpasse tout ce qui a été conçu. Et c'est à peu

près sur ce ton que tous les autres chirurgiens se sont exprimés. (*Acad. de méd. d'Irlande*, 9 novembre.)

Le résumé de ces discussions diverses, en offrant une centaine d'applications de la suture depuis 1877, a frappé M. Chauvel par les résultats imposants qu'elle a donnés : 12 cas de réaction violente avec suppuration articulaire ou péri-articulaire, 3 de réaction vive, 5 d'inflammation modérée et 22 cas sans aucun accident. Dans 32 cas sur 37, le cal était solide et probablement osseux, et le résultat fonctionnel est noté comme satisfaisant 34 fois sur 39 observations. La mobilité du genou était conservée dans 17 cas. La flexion ne dépassait pas 90° chez cinq opérés, il y avait raideur prononcée chez 6 et ankylose complète chez 4. 3 morts sont signalées, dont une par intoxication phéniquée et une amputation de cuisse consécutive. La mortalité est ainsi de 4 pour 100 environ, les succès de 71, et les insuccès de 26, au point de vue fonctionnel. Ce n'est donc pas un résultat de nature à entraîner les chirurgiens à recourir d'emblée à ce procédé dans tous les cas. (*Gaz. hebdom.*, n° 49.)

G

GANGRÈNE. Toutes les gangrènes dites spontanées, parce qu'elles ne peuvent s'expliquer par une blessure grave ou une embolie, seraient liées à une cause interne, suivant M. Verneuil. Il ne s'agit que de la chercher dans les diathèses latentes, pour en trouver les effets, souvent obscurs, inaperçus. Ils sont surtout difficiles à constater dans les urines : mais on finit toujours par les découvrir, en cherchant et en examinant avec une certaine persévérance les divers organes et appareils du malade.

Son *origine phosphatique* a été constatée ainsi par le docteur Cerné, chez un homme de soixante ans, atteint de lésions gangréneuses multiples avec amaigrissement, polyurie, démangeaisons, mais sans sucre ni albumine dans ses urines ; elles ne contenaient qu'une grande quantité d'acide phosphorique. Sous l'influence du traitement, abaissant lentement la quantité des phosphates, la guérison eut lieu, et l'on put se convaincre par là que la gangrène était l'effet

du diabète phosphatique comme du diabète sucré. (*Assoc. française pour l'avancement des sciences.*)

Gangrène pulmonaire. V. CHIRURGIE.

Gangrène gazeuse foudroyante. Une étude d'ensemble, sous forme classique et analytique, en est faite très complètement par le docteur Trifaud. Elle repose sur 123 cas de cette grave et singulière affection, désignée jusqu'ici sous treize dénominations différentes, résultant de la diversité même de son interprétation et de l'ignorance qui règne encore sur sa pathogénie. Sa nature infectieuse s'accorde aujourd'hui avec l'étiologie microbienne régnante. Les développements donnés à cette analyse synthétique, sans esprit de parti, en font un véritable traité (*Revue de chir.*, octobre, novembre et décembre).

GASTROSTOMIE. La modification opératoire en deux temps, signalée l'année dernière, paraît jusqu'ici peu goûtée des chirurgiens francais. Deux cas récents de cette grave opération, faite contre des rétrécissements de l'œsophage, l'un fibreux, par M. Tillaux, l'autre cancéreux, par M. Berger et qui eut une issue mortelle immédiate, démontrent que l'on n'en tient pas compte.

C'est peut-être à tort, à en juger par les succès obtenus. Sur 21 rétrécissements de l'œsophage, traités en un an par le professeur Albert, de Vienne, 10 opérés par cette méthode en deux temps, de six à dix jours d'intervalle, ont donné 7 succès, c'est-à-dire non suivis de mort. Dans deux autres cas, l'incision abdominale, n'ayant pas été suivie de l'ouverture de l'estomac, a guéri sans accidents. L'une des opérées, entrée à la Maison municipale de santé pour un phlegmon sous-maxillaire, avait été rapidement améliorée de son rétrécissement fibreux par cette opération en deux temps et allait très bien, comme M. Sée a pu en juger et en témoigner. Dans les cas de cancer, au contraire, la survie n'est que de trois mois en moyenne, sans retrancher le temps que les opérés auraient pu vivre encore dans les cas d'intervention précoce. Ces résultats ne sont donc guère encourageants en pareil cas. (*Soc. de chirurg.*, mars.)

Pratiquée en deux temps à six jours d'intervalle par M. King Green, chez une femme de cinquante-six ans,

atteinte également d'un cancer de l'œsophage depuis un an au moins, cette opération eut un succès si complet que, douze jours après, la malade put s'en aller en voiture; mais le cancer local en fut si peu amélioré que de nouveaux symptômes en résultèrent bientôt du côté du larynx. L'inspiration devint striduleuse avec aphonie, paroxysmes de toux quinteuse et menaces de suffocation. L'aggravation de ces symptômes fut telle que la trachéotomie devint indispensable le vingt-troisième jour après la gastrostomie. La guérison fut de même rapide, et l'opérée se promenait dehors trois semaines après.

Des 60 exemples analogues recueillis par l'auteur dans la *Lancet*, il y a 11 cas, de gastrotomie pratiquée pour l'extraction de corps étrangers, dont 10 guérirent rapidement; il n'y eut qu'un décès, tandis que la mort fut la règle après la même opération pratiquée pour des maladies malignes, alors que, sur 7 opérés pour des rétrécissements par ingestion de caustiques, 5 ont guéri. D'où la démonstration que l'influence du cancer et de la cachexie est la principale cause de mort.

L'influence de l'opération en un ou deux temps n'y paraît pourtant pas étrangère. Si les deux morts de rétrécissement traumatique avaient été opérées par l'une ou l'autre méthode, trois des guéris l'avaient été par l'ancienne, et deux par la nouvelle, dite de Howse. Celle-ci paraît néanmoins plus favorable dans le cas de cancer. Des 22 opérés par l'ancienne, 20 succombèrent presque immédiatement, et les autres un peu plus tard. Des 20 soumis à la nouvelle, 9 succombèrent dans la quinzaine, 3 vécurent deux mois, 1 cinq mois, 3 ne furent pas suivis, et les autres vivaient encore du quatrième au cinquième mois, comme l'opérée ci-dessus. D'après cette petite statistique, la différence est donc en faveur de celle-ci, même dans le cas de maladies cachectiques. (*Lancet*, 3 février.)

Indications et contre-indications. Devant la pratique croissante de cette opération, faite souvent indistinctement dès qu'un obstacle au passage des aliments existe, il était nécessaire d'en peser les résultats. Une statistique générale, recueillie par le docteur Blum, montre que de 1849 à 1875 inclusivement, 26 exemples seulement en sont connus,

tandis qu'il y en a eu 105 de 1876 à la fin de 1883. D'année en année, on voit cette opération s'accroître dans tous les pays, en Angleterre et en Allemagne notamment. 26 cas en sont relatés en 1881 et autant en 1882. On arrive ainsi à ce jour à un total de 131.

Le résultat n'en est pourtant pas des plus encourageants : 85 de ces opérés sont morts avant le vingtième jour; 38 ont survécu à l'opération pendant quelques mois seulement, et il en est même 7 à 8 dont les renseignements font défaut. Ce n'est donc pas une opération à exécuter aveuglément, et il s'agit de distinguer les cas pour lesquels elle est faite.

Pratiquée sur 106 malades atteints de cancer de l'œsophage, elle n'a donné que 25 survivants à ses suites immédiates, et encore la mort est-elle survenue chez ceux-ci de trois à six mois après. Elle est donc contre-indiquée dans ces cas, rien ne montrant qu'en nourrissant les malades artificiellement ils n'en auraient pas obtenu le même bénéfice.

Au contraire, des 25 gastrostomies pratiquées pour des rétrécissements non cancéreux, 12 seulement sont morts les vingt premiers jours après l'opération, 13 ont survécu un temps plus ou moins long. Les plus favorisés ont vécu quinze à dix-huit mois, et il en est même qui sont arrivés à deux ans, en s'alimentant exclusivement par cette voie artificielle. Elle est donc parfaitement indiquée dans ces cas, dès que l'étroitesse du rétrécissement rend la nutrition insuffisante. En tenant compte de ces différences, on ne la verra plus pratiquer à l'hurlure, au détriment de la science et de l'art. (*Archiv. de méd.*, novembre.)

Appelé à la faire comme ressource ultime pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, chez un homme atteint de cavernes pulmonaires et mort d'une congestion quatre jours après, M. Lucas-Championnière a reconnu que c'était là une bonne opération, qu'il y aurait tout avantage à pratiquer moins tardivement. L'œsophagotomie étant plus laborieuse, il y a lieu d'exécuter celle-ci dans les meilleures conditions. (*Soc. de chir.*, octobre.)

Au contraire, un homme de cinquante-quatre ans, atteint d'un cancer de l'œsophage, opéré le 21 février à l'hôpital Sainte-Marie, par M. Herbert Page, succomba le vingt-troisième jour, tandis qu'un autre de cinquante-neuf ans, ayant

un rétrécissement simple de l'œsophage, opéré le 15 avril à l'infirmerie de Newcastle par la gastrostomie en deux temps, succomba dès le huitième jour. (*Lancet*, 14 juillet.)

La même contradiction s'est présentée pour M. Rupprecht. Un opéré pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage est mort six mois après de phtisie pulmonaire, tandis qu'un opéré pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage, avec perforation de la trachée, a succombé douze heures après. Ainsi que le dit le docteur Faucon (de Lille), la gastrostomie devrait être contre-indiquée dans le cancer de l'œsophage, comme une loi absolue pour tous ceux qui ont souci de leur art.

Siège de la fistule. Au lieu de la pratiquer à l'union des portions cardiaque et pylorique, suivant le conseil de Sédillot, M. Larger a constaté dans cet endroit un amas de fibres musculaires lisses, déjà signalées par E. Home, qui les considérait comme un sphincter. En servant de lieu d'insertion principal aux deux courbes de fibres longitudinales de l'estomac d'une part et obliques de l'autre, cet amas est le véritable centre moteur de l'estomac, le point où convergent et d'où partent tous les mouvements musculaires. En pratiquant l'incision cutanée le plus près possible des cartilages costaux, suivant l'indication de M. L. Labbé, il faudrait attirer doucement à l'orifice abdominal la région cardiaque de la grande courbure et ouvrir l'estomac en un point le plus rapproché possible du cardia.

C'est en effet là le but principal des chirurgiens, mais ils n'ont pas le choix, et l'on découvre souvent à l'autopsie que la fistule est au niveau de la région pylorique. Il est impossible d'attirer la région du cardia vers l'orifice cutané. L'expérience clinique ne confirme pas ces vues anatomiques. Un opéré de M. Lucas-Championnière digérait régulièrement les aliments qu'il recevait par une fistule presque pylorique.

L'incision parallèle aux fausses côtes gauches et finissant au niveau de la neuvième est sans doute très bonne, dit M. Tillaux, et préférable à l'incision médiane en croix de Sédillot; mais il y aurait peut-être avantage à la faire un peu plus haut, soit au niveau de la huitième. (*Soc. de chir.*, octobre.)

GLAUCOME. *Arrachement du nerf nasal.* Après l'insuccès de l'iridectomie de Graefe et de la sclérotomie de Wecker, le docteur Abadie cherche à marcher sur les traces de ses illustres prédécesseurs par l'arrachement du nerf nasal, plutôt que son élongation, inaugurée par le docteur Badal. Une femme de trente-cinq ans, ayant perdu l'œil droit dix ans auparavant d'une affection glaucomateuse traitée par l'iridectomie, ressentait dans l'œil gauche les mêmes symptômes qui avaient entraîné la perte de l'autre. Elle refusait absolument la même opération précédemment subie, à cause de son résultat fatal, et ne consentit à supporter qu'une sclérotomie, exécutée sans accidents. Après un soulagement de huit jours, la tension oculaire augmenta, et l'iridectomie fut acceptée, comme moins dangereuse. Mais l'amélioration fut encore passagère et ne dura que quinze jours. De là l'opération nouvelle, pratiquée sans anesthésie.

Une incision courbe fut tracée perpendiculairement au trajet du nerf, s'étendant de la poulie du grand oblique au tendon de l'orbiculaire, qui sont, comme l'a fort bien indiqué M. Badal, deux excellents points de repère.

Le filet nerveux traverse nécessairement le trajet de l'incision. Le seul écueil à éviter, c'est de le couper en cherchant à le mettre à nu. A cet effet, on sectionne très lentement, couche par couche, en se servant d'écarteurs pour bien voir le fond de la plaie et en comprimant avec des éponges pour la rendre aussi exsangue que possible. Il faut savoir aller très lentement. Une artériole est précisément contiguë au nerf et donne pas mal de sang quand on la coupe. C'est en redoublant d'attention à ce moment qu'il est possible de saisir le nerf sans le diviser.

Une fois découvert, il fut saisi avec des pinces et étiré vigoureusement pour rendre l'élongation aussi complète que possible. Il se rompit alors, et un centimètre environ de son extrémité centrale fut arraché. De là le seul cri de douleur poussé par la patiente. Irrigation de la plaie pendant une demi-minute avec un jet d'acide borique. Les suites furent des plus simples : dès le lendemain, les douleurs avaient diminué et la tension intra-oculaire faiblissait ; au bout de trois jours, elle était devenue normale. En même temps, la vision s'améliorait, très lentement il est vrai ; mais au bout d'un mois, la malade pouvait compter les doigts à

la distance de deux mètres et presque se conduire seule. Plusieurs membres de la Société française d'ophthalmologie sont venus la visiter à la clinique.

Après quelques légères oscillations dans l'état de la tension intra-oculaire, celle-ci est restée finalement au taux normal, la cessation des douleurs a été complète, et l'amélioration de la vision a continué à progresser.

J'ai rapporté ce cas en détail, dit l'auteur, parce qu'il est absolument net et qu'il montre la puissance d'action de l'arrachement du nerf nasal, là où tous nos anciens moyens de traitement avaient échoué. (*Bull. de thérap.*, octobre.)

GLOSSITE CHRONIQUE. *Acide chromique.* Employé contre plusieurs affections de la bouche, des gencives en particulier, quoiqu'il jaunisse manifestement les dents, cet acide paraît applicable à diverses maladies de la langue. Paget le vante ainsi dans le psoriasis lingual, dont il touche les plaques avec une solution saturée ou très concentrée. De là l'usage qu'en a fait le docteur H. Butlin, laryngoscopiste à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, contre la glossite chronique superficielle des fumeurs et des buveurs, souvent doublés d'un syphilitique. L'un de ceux-ci, qui, en trois mois, avait pris 3 grammes par jour de mercure à la craie et subi des applications topiques de calomel, sans aucun profit, fut débarrassé de ses lésions après 7 applications d'acide chromique.

Il est employé en badigeonnages sur la langue avec un petit pinceau imbibé de la solution suivante :

Acide chromique	0 gr. 60
Eau	30

Une sensation de cuisson en résulte, avec douleur appréciable; mais un rapide soulagement y succède. Les tubercules et les condylomes s'abaissent rapidement, ainsi que l'aréole rouge qui les entoure.

Sur 27 malades traités par ces badigeonnages, il y eut 20 succès, dont 7 malades atteints de glossite superficielle chronique et 13 d'affections syphilitiques secondaires. Les manifestations tertiaires n'en sont nullement influencées. Des inflammations chroniques, superficielles de

la langue, accompagnées d'ulcérations, en sont guéries très rapidement. La glossite aiguë en est plutôt aggravée. Il ne réussit qu'après l'usage des émollients et le glycérolé d'acide borique.

Cet agent semble donc un adjuvant du mercure dans certains cas. Une ulcération fissuraire de la langue en bénéficia ainsi pendant un traitement hydrargyrique; mais la résistance des affections tertiaires démontre qu'il n'a pas d'action spécifique. (*The Practitionner*, mars.)

GOITRE. Son excision totale devient progressivement l'unique méthode de traitement. Elle est même généralement substituée à l'incision, le drainage, le séton, la cautérisation et la suppuration. Les kystes de diverse nature y sont aujourd'hui soumis, de préférence à l'injection, et, cette extirpation n'étant plus guère redoutable depuis l'emploi des antiseptiques, des chirurgiens l'ont même appliquée au goitre exophthalmique. (Voy. *année* 1881.) C'est la cure radicale par excellence, faite plutôt totale que partielle en vue d'éviter sûrement la récidive.

Les progrès de cette méthode sont dus surtout aux succès obtenus, notamment en Suisse et en Allemagne. Sur 70 extirpations faites jusqu'en 1850, il y avait une mortalité de 41 0/0, d'après Kocher (de Berne). Sur 46 exécutées ensuite jusqu'en 1877, la mortalité ne fut que de 21 0/0, et, des 240 faites jusqu'à 1883, elle s'abaissa à 11 0/0. Néanmoins, elle est toujours plus élevée dans les goitres malins, dont la mortalité est encore de 25 0/0, au lieu de 5 0/0 dans les cas bénins. Elle a été de 7,3 0/0 sur les 63 extirpations de tumeurs bénignes faites par Billroth. Tous les chirurgiens ont été d'accord, à la dernière *Société allemande de chirurgie*, pour éviter la trachéotomie; mais il est essentiel de n'opérer qu'après la croissance complète du corps. Autrement, il en résulte une cachexie progressive, caractérisée par une anémie profonde, du gonflement de la face et une diminution de l'activité intellectuelle confinant au crétinisme. (*Revue de chirurgie*, octobre.)

Contre ceux qui y mettent encore obstacle, comme Maas, de Wurzbourg, le professeur Julliard n'y voit qu'une seule contre-indication : c'est quand le goitre est petit, de peu d'importance et ne constituant qu'une légère déformation.

On peut même refuser l'opération, si, étant volumineux, il est surtout étalé en surface et élargit seulement le cou. Les inconvénients de la tumeur ne sont pas alors en rapport avec les dangers de l'extirpation. Mais, hors de là, il faut opérer, et, à l'appui, il invoque une statistique de 31 opérations, dont 6 pour des kystes, et, sur ce nombre, il n'y a eu que 5 morts, 3 étant arrivées en dehors de l'opération. Il n'y a donc plus qu'à s'occuper de celle-ci. Voy. THYROIDECTOMIE.

Des accidents consécutifs sont pourtant à prévoir. Dans 3 cas, il y eut une altération consécutive de la voix et des abcès secondaires se sont manifestés; une anémie profonde, avec des troubles cérébraux, est survenue chez plusieurs jeunes gens; une sorte de crétinisme s'en est suivi et d'autres troubles psychiques. Il faut donc en tenir compte. D'où la réserve de commencer toujours le traitement par une médication iodée. Mais l'action en étant ordinairement lente et l'extirpation devant être pratiquée de bonne heure, pour avoir plus de chances de succès, celle-ci est bientôt substituée à celle-là; le traitement chirurgical prend ainsi absolument le dessus. (*Revue de chirurgie*, août.)

Une statistique de 22 cas, opérés par MM. Reverdin, confirme ces heureux résultats. La Suisse pourrait donc espérer voir disparaître bientôt cette endémie, si elle était purement héréditaire. (*Revue méd. de la Suisse romande*, avril.)

Note sur 22 opérations de goitre, par Jacques-L. Reverdin, professeur à la Faculté de médecine de Genève, membre correspondant de cette Société, et Auguste Reverdin, ancien assistant de la clinique chirurgicale de Strasbourg, privat-docent en chirurgie à la Faculté de médecine de Genève; brochure in-8° de 130 pages, avec trois planches proto-typiques; Genève, 1883.

Observations et procédés opératoires sont relatés minutieusement : 12 femmes et 9 hommes, l'un ayant été réopéré. 17 extirpations totales, 2 partielles, et 3 énucléations portant sur 12 goitres parenchymateux, 7 kystiques et 2 lobulés. 20 guérisons et 2 décès, avec la durée exacte du séjour à l'hôpital ou à la clinique particulière. 10 réunions immédiates et 10 avec suppuration. Les complications et les accidents consécutifs sont notés avec soin, et les résultats de 6 cas sont figurés par de magnifiques photographies

d'après nature, avant et après l'opération, afin que l'on puisse en juger. De là l'intérêt de ce travail.

Goitre exophthalmique. La pathogénie nerveuse de cette triple manifestation morbide s'affirme de plus en plus, et, loin que les preuves en soient empruntées à des cas types, c'est aux formes frustes qu'on les prend, pour mieux en saisir l'origine. La conception allemande d'une névrose vaso-motrice serait ainsi près d'être réalisée.

La théorie du goitre comme producteur par compression des autres phénomènes doit s'entendre évidemment des filets nerveux en particulier; le cœur et les ganglions cervicaux du grand sympathique en sont manifestement atteints. Les succès récents obtenus par M. Tillaux à la suite de l'extirpation du goitre chez des malades présentant de l'exophthalmie et des palpitations intenses, des troubles nerveux, un changement de caractère, de l'insomnie, de la dyspnée, sont ainsi invoqués comme des preuves à l'appui. (Voy. *année* 1881.)

D'après M. Pierre Marie, certains tremblements rappelant dans quelques cas celui de l'alcoolisme, au point de troubler l'écriture et empêcher la marche, se manifestent fréquemment dans les formes frustes de cette maladie. Ils se rencontrent avec des modifications du système nerveux, changement de caractère, tendance à l'emportement, aux larmes, à la colère, à l'hypocondrie. Des taches pigmentaires de la peau, la diarrhée, les vomissements, l'ictère, les accompagnent aussi. Enfin des troubles du cœur, avec vibrations intenses de la région précordiale, l'angine de poitrine même, se rencontreraient comme les prodromes de la maladie de Basedow, accusant manifestement par là son essence nerveuse. (*Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow*, thèse inaugurale, Paris.)

Cette conception d'une pathogénie nerveuse est confirmée par les phénomènes épileptiformes et paralytiques, la glycosurie, l'albuminurie et la polyurie, se rattachant évidemment à une modification primordiale du système nerveux. Les convulsions avec ou sans perte de connaissance dépendent soit du goitre, soit des congestions encéphaliques résultant du fonctionnement vicieux du cœur. Cette maladie est ainsi, d'après M. Ballet, une des modalités symptoma-

tiques nombreuses de la diathèse nerveuse, soit en se présentant à l'état isolé, soit en se combinant à d'autres manifestations : hystérie, épilepsie, chorée. Son complexus symptomatique peut ainsi se manifester tantôt à la suite de modifications générales du système nerveux, tantôt à la suite de déterminations localisées. (*Revue de méd.*, avril.)

Il est digne de remarque que cette étiologie, toute clinique qu'elle est, ne compte pas à son actif un seul cas bien avéré de goitre exophthalmique. Aucune des malades n'a été suivie de manière à vérifier ou confirmer la justesse de ces prévisions. C'est une simple doctrine approximative ou de tendance à la manière allemande. Au lieu de faits positifs, on n'invoque que des à peu près réunis pour former un tout acceptable.

GREFFES. Ce mot a changé d'acception. Il n'est plus question des greffes épidermiques que pour mémoire, et l'on peut se demander si la méthode antiseptique, par la cicatrisation rapide qu'elle provoque, ne les a pas supplantées. Le mot seul est conservé et appliqué improprement, par une extension abusive, à toute autre chose, comme en voici des exemples.

Greffe musculaire. Une tumeur, ayant le volume d'un gros poing, existait dans la moitié supérieure du biceps du bras droit, chez une femme scrofuleuse de trente-six ans, dont le début remontait à deux ans environ. Les mouvements de flexion et d'extension du bras en sont considérablement gênés. Elle occupe manifestement tout le diamètre transversal du biceps, et les vaisseaux et les nerfs qu'elle recouvre partiellement sont encore perceptibles. Elle se déplace facilement; peau normale, pas de ganglions dans l'aisselle.

L'excision est pratiquée le 16 février, par le docteur Helferich, au moyen d'une incision longitudinale au milieu de la tumeur; mais, aussitôt découverte, on s'aperçoit que le biceps, à son bord externe, est confondu avec elle, en haut par le tendon, en bas par ses fibres musculaires. Cette partie du biceps fut détachée dans toute sa longueur. Son prolongement en haut obligea même d'étendre obliquement l'incision au-dessus du bord du deltoïde. La veine

brachiale et le nerf musculo-cutané s'y trouvant enclavés, il fut difficile de ménager la première, et le second fut divisé.

Pour remplacer cette portion du biceps, la partie postérieure de celui d'un chien vigoureux y fut insérée, en laissant une partie du tissu tendineux. Elle dépassait un peu en longueur la partie extirpée. Les surfaces musculaires furent réunies entre elles par 30 points de suture au catgut, et l'extrémité supérieure étant ajustée le fut par 6. La partie transplantée formait un bourrelet saillant, à côté du biceps resté en place.

Les précautions antiseptiques prises pendant cette opération furent suivies d'une irrigation avant l'occlusion de la plaie. Deux contre-ouvertures latérales servirent à placer six drains très courts et de moyenne grosseur. La température s'éleva bientôt jusqu'à 40°, 2, avec fièvre violente; mais elle tombait dès le 19, avec l'apparition des règles.

Au renouvellement du pansement le 25, la plaie était aseptique et sans réaction. La rupture de quelques points de suture a provoqué une saillie de la peau au milieu. Une partie nécrosée du muscle, sans odeur, se trouve dans un drain. Tous les autres sont enlevés. Un œdème marqué de la main et des doigts suit ce pansement. Le 7 mars, la plaie était complètement guérie, sauf la plaque gangréneuse de la peau signalée plus haut. A la fin du mois, la cicatrisation était complète sur une étendue de 15 centimètres. La circonférence du bras n'était que de 2 centimètres au-dessous de celle du bras gauche.

La portion excisée pesait 90 à 100 grammes; sa structure était celle d'un fibro-sarcome. La greffe insérée pesait 70 grammes environ, et il ne s'en nécrosa qu'une portion de 3 grammes. Le fonctionnement du muscle régénéré est donc en faveur de cette transplantation des greffes musculaires. (*Archiv. de méd.*, décembre.)

Greffes osseuses. En cherchant à imiter le succès de Mac Ewen, par la transplantation de petits fragments osseux empruntés à l'homme, soit sur une charpente nasale, soit à l'extrémité supérieure du cubitus, M. Ollier n'a obtenu qu'un résultat négatif. Il y a eu fixation et survie du fragment osseux transplanté, mais sans développement. Celui-ci peut

donc être résulté tout simplement de l'irritation nutritive, du réveil d'ossification chez l'enfant opéré. D'où l'indication de les pratiquer de préférence chez ceux-ci et de se servir de pièces empruntées à des sujets jeunes, en voie d'ossification, au niveau du cartilage épiphysaire ou au voisinage de la diaphyse, pour qu'elles aient chance de réussir chez l'adulte. (*Soc. de biol.*, mars.)

Greffes cancéreuses. L'insertion de particules cancéreuses dans les tissus d'un animal sain a pris ce nom pour étudier l'inoculation du cancer. Ces expériences sont restées négatives, et Broca a conclu que le cancer n'est susceptible de se transmettre de cette manière que durant la période de cachexie. Comment dès lors juger si c'est une inoculation artificielle ou une généralisation du mal?

De ce que, chez un cancéreux cachectique, une tumeur secondaire se reproduit *in situ*, après avoir écrasé une tumeur cancéreuse ou par la piqûre d'une ponction, comment donner le nom de greffe à de tels accidents? Une ponction ayant été faite dans un utérus cancéreux, une tumeur grosse comme une petite noix apparut au point même de cette ponction peu de temps après, et l'autopsie montra que cette nodosité sous-cutanée, énucléée et incisée, d'un aspect blanc jaunâtre, très molle et friable, ressemblait à de l'encéphaloïde. Ce fait, observé et constaté par M. Nicaise, est appelé greffe cancéreuse, d'où il conclut que, dans l'espèce humaine, le sarcome est susceptible de se greffer sur le malade, même en état de cachexie. Toute réflexion serait superflue, c'est à chacun de conclure. (*Revue de chir.*, novembre.)

GROSSESSE. Il paraissait établi que, chez les animaux charbonneux en gestation, les bactéries ne passaient pas du sang de l'une dans le sang de l'autre; les expériences de MM. Straus et Chamberlan ont démontré le contraire. Le sang pris sur des fœtus de cobayes, dont la mère venait de succomber au charbon, a été éprouvé par le microscope, la culture et les inoculations. Rien ne fut découvert au microscope; la culture seule donna des résultats. Tantôt le sang de tous les fœtus d'une portée demeura stérile; tantôt quelques-uns seuls fournirent un sang qui fut cultivé avec

succès. Le même sang fut parfois stérile et fécond dans des cultures successives. D'où la présence instable des organismes dans le sang fœtal.

Il en résulte que le placenta ne constitue pas, *chez le cobaye*, une barrière infranchissable à la bactéridie. L'immunité constatée sur des agneaux dont les mères auraient subi la vaccination charbonneuse pendant la gestation, aussi bien que le fait contraire, s'expliquent de la sorte. (*Acad. des sciences.*)

Il est cependant démontré que, chez la femme asphyxiée par le gaz oxyde de carbone, l'opération césarienne peut être pratiquée avec succès, sans que le poison ait été absorbé par le fœtus. Différence explicable sans doute parce que le gaz n'est pas un organisme stable, comme les microbes. Voy. Accouchements.

Morphinisme. Son danger chez la femme enceinte a été constaté par M. Féré sur une hystérique de vingt-deux ans, hémi-anesthésique, sans crises convulsives, et dont la mère est aussi morphiomane. Une névralgie faciale avait provoqué ses injections depuis trois ans. D'où l'altération profonde de ses sentiments affectifs et de sa volonté. Elle prenait encore 25 centigrammes de chlorhydrate de morphine chaque jour, et en avait 1/2 kilogramme en réserve.

La dose fut diminuée de 1/2 centigramme chaque jour; mais des coliques utérines plus ou moins intenses, des mouvements exagérés du fœtus obligèrent de s'arrêter. 13 centigrammes étaient encore absorbés par jour, quand l'accouchement s'opéra normalement.

Huit jours après, la dose étant de nouveau diminuée, les coliques reparurent et l'écoulement des lochies s'arrêta. Des suppositoires opiacés et d'assez fortes doses de chloral pouvaient seuls remplacer la morphine. Arrivées à 8 centigrammes par jour, les injections furent supprimées radicalement. De violentes coliques, avec diarrhée, insomnie, excitation, survinrent aussitôt ; mais tout cessa le lendemain, et l'intoxication fut définitivement guérie.

D'où l'enseignement de ne procéder que lentement à la démorphinisation pendant la grossesse. L'enfant peut aussi en subir le contre-coup. Celui-ci était maigre et frappé de mouvements brusques et d'une agitation continuelle avec

cris, qui dura soixante heures, sans une minute de sommeil. Puis tout rentra dans l'ordre. (*Soc. de biol.*, octobre.)

Pleurésie. (Voy. ce mot.)

Perte de la vue. Les maladies de la rétine, sous l'influence de la gestation, sont si communes que Desmarres leur a consacré un chapitre spécial. L'amaurose par apoplexie de la rétine est surtout fréquente, et, sans que l'issue en soit toujours aussi favorable que dans le cas suivant, il est utile à relater, pour n'en pas concevoir trop de craintes.

Une femme de trente-neuf ans, pléthorique, enceinte de six mois, ayant dû être saignée à l'une de ses précédentes grossesses, perdit subitement l'usage de l'œil droit. A l'ophthalmoscope, le docteur Dujardin constate un foyer hémorrhagique très considérable, dans la région de la macule, et atteignant presque la papille. L'absence de toute action inflammatoire de la rétine, d'affections cardiaques et d'altération des urines, ne pouvait en faire qu'un accident de la grossesse, comme le prouva l'événement.

Quoique presque entièrement abolie, la vision de l'œil droit commença à revenir peu de semaines après l'accouchement. La vue s'affermissait chaque jour davantage, et l'examen ophthalmoscopique permit de constater la résorption graduelle de l'épanchement, ayant persisté plus de trois mois. Dix mois environ après l'accouchement, la vue était dans son intégrité primitive et le tissu rétinien ne présentait aucune espèce d'altération. (*Journ. des sc. méd. de Lille.*)

Ictère. Trois genres de causes sont susceptibles de le produire aux différentes périodes de la grossesse. Des observations faites par le docteur Queirel à la Maternité de Marseille, l'ictère du début serait dû à un état morbide du canal alimentaire, c'est-à-dire aux divers troubles digestifs qui distinguent cette période, comme les nausées, les aigreurs, les eaux, les vomissements. Celui de la fin, très rare au contraire, dépendrait de la compression des conduits excréteurs par le volume même du fœtus. Enfin un état spécial du foie, dû à la grossesse, pourrait déterminer la jaunisse à toutes les autres périodes. Le défaut de développements et de preuves de cette communication intéressante

ne peut malheureusement ni éclairer ni convaincre; elle n'est susceptible que de provoquer des recherches. (*Acad. de méd.*, 20 novembre.)

Coliques hépatiques. Cet accident, tout en étant signalé dans le *Traité* de M. Willemin, de Vichy, sur ce sujet, est peu connu des médecins. En en rapportant quelques exemples l'année dernière dans l'*Union médicale*, le docteur Huchard considérait la grossesse et l'accouchement comme en étant le point de départ, et les nombreux cas relatés par le docteur Cyr, de Vichy, rendent ce fait à peu près indéniable. Sur 51 cas observés par lui, la première crise a débuté 11 fois pendant la grossesse, 4 fois à la suite de fausse couche et 36 fois après l'accouchement, dans un délai de un jour à un mois chez 22 femmes. La relation de cause à effet est donc évidente. (*Soc. de méd. pratique*, mars).

Les troubles dyspeptiques et les crampes d'estomac, les nausées, les vomissements, accompagnement habituel de la gestation, confirment son influence sur le centre gastrique, et l'ictère léger, la jaunisse passagère coïncidente et la fréquence des crises hépatalgiques montrent assez clairement que le foie n'y reste pas étranger. Les coliques hépatiques accompagnent surtout les grossesses laborieuses et les accouchements gémellaires; beaucoup de femmes n'en éprouvent que dans ces conditions. Deux couches, à neuf ans d'intervalle, chez la même femme, furent également suivies de crises douloureuses, et quatre grossesses successives, chez une autre, furent aussi compliquées de crises hépatlgiques. (*Willemin.*)

Ces accès ou plutôt ces accidents gastro-hépatiques, souvent mal dessinés, peuvent déceler la lithiase biliaire ou la déterminer, surtout en se compliquant de l'albuminurie gravidique. Souvent négligés ou confondus avec d'autres moins sérieux, surtout par l'absence d'ictère, ils méritent au contraire de fixer l'attention du praticien quant à l'avortement et à la cure alcaline. La lithiase biliaire résulte souvent des troubles ou vices de nutrition, selon le professeur Bouchard, par la prédominance des acides. Avec la compression locale et les obstacles produits par la grossesse, elle a d'autant plus de chance de se développer et de s'accroître

ensuite. Toutes les excitations de la vie génitale, depuis la menstruation jusqu'à la ménopause, y compris tous les excès sexuels et les troubles en résultant, contribuent de même à la produire. La cholélithiase est ainsi beaucoup plus rapide et fréquente chez la femme que chez l'homme. De là l'attention à donner à ces coliques. (*Gaz. hebd.*, n° 50.)

Ruptures utérines pendant la grossesse et leurs rapports avec l'avortement criminel, par le docteur Coutagne, de Lyon ; brochure de 51 pages ; Paris.

H

HASCHICH. *Applications hypnotiques*. V. Hypnotisme.

HÉMATÉMESES. Le *diagnostic différentiel*, par exclusion des principales causes qui peuvent les produire, en a été fait ainsi à la clinique du professeur Sée, à l'Hôtel-Dieu, chez une femme de trente-sept ans, alcoolique et tombée dans un profond état d'anémie à la suite d'hématémèses abondantes et répétées. Le ventre était résistant, ballonné, sans trace de tumeur ni de douleur à l'estomac. L'anémie seule se manifestait par un souffle systolique à la base et à la pointe, se propageant dans les vaisseaux du cou.

Etait-ce une hématémèse menstruelle ? La malade ayant eu des règles peu abondantes à sa dernière époque, l'hématémèse pouvait en être supplémentaire. Mais ce n'est pas admissible chez une femme de trente-sept ans, exempte d'accidents nerveux. Dans ce cas, le sang est rare et rouge ; sa quantité était ici au contraire considérable et de couleur noirâtre.

Etait-elle cancéreuse ? Celle-ci est toujours précédée d'anorexie, de dyspepsie, et il n'y avait pas de troubles digestifs. La résistance à la palpation de la région épigastrique existait surtout à gauche, par la contraction localisée du muscle droit produisant souvent cette dureté diffuse. La percussion donne une sonorité exagérée. Si la coloration noire du sang, résultant de sa stagnation, peut aussi faire penser au cancer, la distension de l'estomac par des gaz, atone et légèrement dilaté, suffit à produire cette décomposition.

Une hématémèse ulcéreuse peut bien donner lieu à cette hémorrhagie. Mais le sang est rouge, sans troubles dyspeptiques ni dilatation stomacale, et le sang vomi est noir, et les troubles dyspeptiques, avec dilatation stomacale, suffisent à détruire l'hypothèse d'ulcère simple.

Les maladies du foie déterminent aussi fréquemment des hémorrhagies dé la peau ou des muqueuses. L'hématémèse fréquente de la cirrhose atrophique est abondante, avec du sang noirâtre mélangé de caillots venant de la rupture de varices œsophagiennes. Mais il n'y a ici aucune maladie du foie.

Reste l'hématémèse alcoolique. La malade buvait volontiers, se nourrissait peu, digérait mal, avait de la distension stomacale; c'est pourquoi, l'ulcération ayant atteint un vaisseau important, le sang s'est accumulé dans l'estomac, s'est altéré et a été vomi noir en grande quantité ; c'est le diagnostic adopté.

Pour être le plus probable, il fallait préciser la nature de l'ulcère, car l'ulcère simple guérit, tandis que l'ulcère alcoolique ne guérit pas.

Le traitement a consisté à arrêter l'hémorrhagie et à combattre la dyspepsie. L'ergot de seigle est préférable au perchlorure de fer, surtout l'extrait aqueux d'Yvon en injections sous-cutanées. Une injection de morphine pour tenir l'estomac au repos. Comme boisson, on prescrit du thé très chaud, à l'exemple de Trousseau. Pour le régime, du lait, des œufs et du potage.

Le diagnostic parut devoir être infirmé par les phénomènes consécutifs, qui furent une ascite, de la tympanite, des vomissements porracés, de l'œdème des membres inférieurs ; la malade mourut.

L'autopsie montra un foie petit, pâle, non cirrhosé, de la péritonite, et dans le bassin des caillots de sang. On ne put trouver le point précis de l'hémorrhagie. L'estomac, phlogosé, présentait sur sa face postérieure, au voisinage du cardia et de la petite courbure, des veines variqueuses, dilatées et pleines de sang. La rupture de ces veines a été la cause de l'hématémèse. (*Courrier médical.*)

HÉMIPLÉGIE. *Tremblements des membres.* Classés sous les divers noms d'hémichorée, d'athétose, les mouvements

anormaux des membres chez les hémiplégiques tendent à rentrer, en raison même de leur diversité, sous la formule unique de tremblements præ et post hémiplégiques, selon qu'ils apparaissent avant ou après la paralysie. Un grand nombre d'exemples en sont journellement observés sur les vieillards de l'hôpital Saint-Julien, à Nancy, dont le docteur Demange, chargé du cours clinique, rapporte onze observations avec autopsie. Quelle que soit leur diversité, ils apparaissent seulement quand l'hémiplégie est incomplète et flasque et quand la contracture secondaire n'est pas d'une rigidité absolue.

La coïncidence presque constante de l'hémianesthésie avec ces tremblements avait fait admettre à MM. Charcot et Raymond qu'ils dépendaient de la destruction des fibres les plus postérieures de la capsule interne. M. Demange ne l'ayant rencontrée atteinte que dans un seul cas, tandis que dans six autres les noyaux lenticulaires étaient le siège de la lésion, cette localisation unique ne saurait plus être admise. Deux fois la lésion a été corticale et sous-corticale au niveau des circonvolutions motrices. Il est donc impossible de lui assigner un siège unique, puisque le même ensemble symptomatique traduit des lésions des fibres motrices, dans la capsule blanche comme dans les noyaux gris, où elles aboutissent, et même dans les circonvolutions motrices, où leur expansion terminale a lieu.

En simulant l'ataxie locomotrice progressive, de même que la paralysie agitante ou la sclérose en plaques, ces tremblements impliquent des lésions médullaires. C'est en s'isolant des autres symptômes ordinaires de ces lésions de la moelle que ces tremblements præ ou post hémiplégiques peuvent être distingués et que le diagnostic peut en être fait exactement. (*Revue de méd.*, mai.)

Des hémi-tremblements præ et post paralytiques, thèse inaugurale de 138 pages, avec planches, soutenue à la Faculté de Nancy, par M. Ricoux (n° 157). Monographie complète de la question précédente, d'après l'analyse de 59 observations cliniques recueillies par l'auteur, comme interne du service. Ils sont divisés en deux groupes : convulsifs et paralytiques. Tantôt le désordre musculaire consiste en convulsions arythmiques, brusques et étendues, ou lentes et

circonscrites, entravant parfois absolument un mouvement volontaire (hémichorée, hémiathétose), parfois se surajoutant au mouvement voulu sans en détourner notablement la direction (hémiataxie) ; tantôt le trouble musculaire consiste en petits mouvements de flexion et d'extension, rapides, brefs, rythmés, oscillatoires (hémiparalysie agitante, hémisclérose en plaques). L'hémichorée, l'hémiathétose, l'hémiparalysie agitante ont pour caractère essentiel de survenir en dehors des actes intentionnels, tandis que l'hémiataxie, l'hémisclérose en plaques ne se manifestent qu'à propos d'un mouvement voulu.

Chacune de ces formes morbides se confond avec l'hémiplégie, l'hémianesthésie et les contractures. Bien que plus commune, l'hémianesthésie ne peut être considérée comme un phénomène constant. Toutes les formes d'hémitremblements se combinent entre elles et sont associées les unes aux autres : d'où l'obscurité de leur description. Au moment où un type semble caractérisé, une restriction l'affaiblit, et il se confond avec les espèces voisines. Quoi qu'il en soit, le diagnostic des hémitremblements repose sur l'étude du tremblement lui-même et sur celle des symptômes concomitants.

Tout en admettant comme son maître que le tiers postérieur du segment postérieur de la capsule interne n'est pas le siège exclusif de la lésion de l'hémitremblement, il pense qu'il survient dès qu'il y a obstacle à la transmission régulière de l'influx nerveux dans le faisceau moteur, par le fait d'une lésion siégeant dans un point quelconque du trajet des fibres motrices étendues du bulbe à la périphérie.

Vératrine. La faible influence exercée par les médications les plus variées, contre ces symptômes de lésions ordinairement très profondes et étendues, permet de tenter l'emploi de la vératrine dont le professeur Féris, à l'Ecole de médecine navale de Brest, dit avoir obtenu les meilleurs effets contre le tremblement en général, notamment chez un officier alcoolique. A la dose de un milligramme environ, cet alcaloïde a la propriété d'allonger les secousses et de rendre la contraction musculaire plus facile et plus énergique. Administré dans 13 cas de tremblements d'origine diverse : 6 d'origine alcolique, 2 consécutifs à la fièvre

typhoïde et 1 autre dépendant de la sclérose en plaques, il a donné de prompts succès, démontrés par une meilleure écriture des malades. L'effet se manifeste dès le premier jour, en prenant d'heure en heure 4 pilules d'un demi-milligramme chacune, et a persisté jusqu'à deux mois après sa cessation. L'élimination rapide de ce médicament montre donc qu'il augmente l'excitabilité musculaire. (*Soc. de biol.*, 7 juillet.)

HÉMOPTYSIES ARTHRITIQUES. Voy. ARTHRITISME.

HÉMORRHAGIES. *Injections d'eau salée.* Voy. ANÉMIE.

Hémorrhagie dentaire. *Forcipressure.* Un homme vigoureux, non hémophile, est pris d'un écoulement de sang assez abondant, après l'arrachement d'une molaire, et, malgré l'application du perchlorure de fer, le sang coule toute la nuit. Vingt-quatre heures après, le docteur Guelliot le trouve pâle, exsangue et constate un petit jet de sang intermittent, assez abondant, sortant du fond et de la partie externe de l'alvéole vide. Une fracture de la lame externe du maxillaire supérieur, dans une étendue de 2 centimètres, est en outre constatée. Il applique dès lors une grande pince courbe de Péan, dont l'un des mors est enfoncé dans l'alvéole, tandis que l'autre repose sur la gencive externe. Une heure d'application de la pince suffit à l'hémostase instantanée et complète. Ce procédé efficace réussit infailliblement après tous les autres, et c'est à tort qu'il n'est pas indiqué contre ces hémorrhagies. (*Union méd. du Nord-Est.*)

Hémorrhagies du rectum. Elles peuvent être dues au *nævus local*, comme un exemple s'en est offert à M. Barker chez un adulte entré à l'hôpital dans un état d'anémie et de marasme. Une diarrhée sanguinolente avait signalé le début du mal. La constipation était habituelle. Le toucher ni l'examen au spéculum, ne purent déceler le mal. Il fallut un puissant éclairage du rectum pour découvrir des saillies longitudinales, molles et variqueuses, d'une teinte pourpre particulière. Trois ulcérations sur leur parcours donnaient du sang en abondance. Malgré divers topiques astringents, cet homme succomba rapidement, et l'autopsie montra un épaississement considérable de la paroi du rectum

dans sa partie inférieure avec une tumeur sanguine parsemée d'ulcérations. Le corps était absolument exsangue.

Dans un cas analogue observé à l'hôpital des Enfants chez une fille de dix ans, M. Howard Marsh appliqua le cautère de Paquelin sans pouvoir faire cesser les hémorrhagies ni guérir la tumeur. De là la gravité de ces nœvi dont les cas sont heureusement fort exceptionnels. (*Roy. med. and chir. Society*, 10 avril.)

HÉMORRHOIDES. *Influence sur l'hémoptysie.* Admise par les anciens, cette influence est rejetée par les modernes; mais devant l'autorité des faits, M. Lewin n'hésite pas à l'adopter. Un distillateur de vingt-sept ans eut une hémorrhagie abondante en 1875, se reproduisant plusieurs jours consécutifs, sans toux ni aucun symptôme thoracique. L'état intact de la poitrine fut confirmé par l'examen d'une autorité de Berlin. Depuis lors, cet homme s'est parfaitement bien porté; il est seulement hémorrhoïdaire avéré comme tous ses frères.

Un négociant du même âge, jouissant d'une bonne santé, éprouva une violente hémoptysie en septembre 1877, qui se reproduisit trois fois à huit jours d'intervalle. Jamais de toux, de dyspnée ni de fièvre. Examiné à plusieurs reprises par les plus célèbres médecins, cet hémorrhoïdaire n'avait absolument rien d'anormal dans sa poitrine.

Le système vasculaire étant considéré comme un cercle fermé et l'hyperémie du système veineux anal étant admise, sans pouvoir se régulariser localement, l'auteur prétend qu'elle détermine une hémorrhagie vicariante dans un autre point du système. De là le traitement de ces hémoptysies par une application de sangues à l'anus. (*Berl. klin. Woch.*, décembre 1882.)

Iodoforme. Contre des hémorrhoïdes internes, procidentes et saignantes, que portait depuis une quinzaine d'années un cultivateur de quarante-cinq ans, le docteur Faucon (de Lille) a obtenu le meilleur effet topique de cet agent. Atteint alternativement de constipation et de diarrhée, le malade était dans un état de délabrement complet au commencement de janvier 1881.

Teinte cireuse, traits pâles et décolorés, conjonctives

blanches, muscles flasques. La moindre course l'essouffle et l'oblige à se reposer à chaque instant. Bourdonnements d'oreilles et palpitations. Son pouls est petit, dépressible, irrégulier; l'auscultation du cœur révèle un souffle anémique très prononcé. Il a perdu l'appétit, digère mal et accuse, en outre, des douleurs qui s'irradient dans tout le ventre, et plus spécialement dans le flanc gauche.

Le toucher ne constate ni sphinctéralgie, ni fissure, mais on trouve, après la garde-robe, cinq tumeurs de la grosseur d'une noisette formant un bourrelet comme un œuf de poule et divisé en deux lobes. Leur coloration est d'un rouge violacé avec ulcérations étendues et profondes recouvertes de mucosités sanguinolentes et saignant au moindre attouchement.

Le régime lacté avec l'usage du bismuth et de l'ergotine ainsi que des lavements froids laudanisés suffirent à calmer la diarrhée. Ceux-ci furent remplacés par des suppositoires à l'iodoforme au 20e à placer chaque soir en se couchant. Peu de jours après, en allant pour faire la première cautérisation avec l'acide nitrique, le malade s'y refuse en disant qu'il n'a plus de douleurs et que les hémorrhagies ont diminué. Dès le 11e, il ne perdait plus de sang et au 15e le prolapsus ne se montrait plus par la défécation. Les tumeurs étaient réduites à la grosseur d'un pois et les ulcérations finement granuleuses à celle d'une lentille. En continuant l'usage alternatif de ces suppositoires, tous les accidents locaux disparurent et l'état général s'améliora, si bien que six semaines après, cet homme reprenait son travail, sans que les hémorrhagies reparussent. (*Journ. des sciences méd. de Lille,* 1882.)

En calmant les douleurs et en favorisant la cicatrisation des fissures, et des petites ulcérations résultant des hémorrhoïdes, son usage topique est préconisé sous la forme de suppositoires composés comme suit:

Iodoforme	1	grammes.
Baume de Pérou	8	—
Beurre de cacao	6	—
Cire blanche	6	—
Magnésie calcinée	1	—

F. s. a. 12 suppositoires: un après chaque selle.

(*Répert. de pharmacie.*)

Galvano-cautère. Il est substitué à la ligature ou à l'écrasement linéaire pour la destruction des tumeurs hémorrhoïdaires. Voici le procédé employé par M. Labbé. Il ne saisit jamais le bourrelet hémorrhoïdaire en entier et circulairement. Il craindrait avec raison, en opérant ainsi, d'obtenir une cicatrice de forme annulaire et un rétrécissement consécutif de l'orifice du rectum. Il déplisse avec soin toutes les saillies de ce bourrelet et les opère chacune isolément, de distance en distance, de manière à laisser toujours entre les divers points excisés un petit intervalle de muqueuse saine. En opérant ainsi, les rétrécissements de l'anus ne sont pas à redouter.

C'est d'après cette méthode qu'il a opéré un malade à l'hôpital Lariboisière. Le bourrelet hémorrhoïdaire étant sorti à l'extérieur de l'anus par les efforts du patient, il en a saisi une des saillies, l'a traversée à sa base avec une aiguille courbe au-dessus de laquelle un aide a passé un fil. Puis il a placé l'anse métallique du galvano-cautère au-dessus de l'aiguille et a procédé à l'enlèvement de la tumeur, mais lentement, graduellement, en ayant soin de chauffer l'anse métallique du galvano-cautère insensiblement, sans jamais atteindre un haut degré de température.

Si l'on chauffait à blanc l'anse du galvano-cautère, celle-ci agirait comme le bistouri et n'aurait plus sa propriété hémostatique. Plusieurs tumeurs hémorrhoïdaires ont été enlevées ainsi sans la moindre perte de sang et avec un plein succès. (*Revue méd.*).

Hémorrhoïdes congénitales. Un nouveau-né de trois jours fut apporté au dispensaire, au commencement de février, portant une tumeur rouge à l'anus. Elle avait la forme de la langue et s'insérait à la limite de la muqueuse et de la peau. Une autre plus petite et moins dure existait en face du côté gauche. La cautérisation avec l'acide boracique les flétrit bientôt et ne laissa qu'une poche vide qui fut enlevée par une ligature du pédicule.

C'est le second cas que le docteur Ogston observe chez les nouveau-nés. L'autre avait quatre mois, mais la mère assura qu'il avait cette tumeur à la naissance. Les cris poussés par les enfants en allant à la selle en étaient le principal signe dans les deux cas. L'ictère n'existait pas et le foie avait

son volume ordinaire. La cicatrice ombilicale était normale. Aucune cause apparente n'existait donc à la production de ces hémorrhoïdes. (*Lancet*, 12 mai.)

HÉRÉDITÉ. *L'hérédité psychologique*, par Th. Ribot, directeur de la *Revue philosophique;* deuxième édition entièrement refondue; un volume in 8° de 422 pages; Paris, Félix Alcan éditeur, ancienne librairie *Germer Baillière*, 1882.

La ressemblance physique des enfants aux parents éclate à tous les yeux, aveugle qui refuse de la voir! Si l'identité est moins frappante que dans la plante et dans l'animal, cela dépend tout simplement de la complication des facteurs qui augmente d'un règne à l'autre et suivant le perfectionnement des espèces. Un produit ne peut être que la reproduction de ceux dont il provient. Telle est la loi de la nature universelle; elle n'opère spontanément que des modifications et des agrégats.

Comment douter dès lors qu'il n'en soit de même au moral? Le fait se démontre par le physique; la psychologie dépendant de l'organisme comme la fonction de l'organe. Les aptitudes bonnes ou mauvaises, les prédispositions normales et morbides, les penchants au bien comme au mal, se transmettent des parents aux enfants, comme leurs habitudes, leurs qualités, leurs vertus et leurs vices. L'instruction, l'éducation, le milieu, les conditions ou circonstances de la vie, dans l'enfance surtout, ne font que modifier ces tendances sans pouvoir les changer. Ces dons naturels, héréditaires, en étant parfois contraires et opposés, peuvent se corriger, se neutraliser, s'annihiler même, au point de ne plus être reconnaissables, mais la prédominance ordinaire de l'un sur l'autre les rend distincts chez la plupart des individus.

La démonstration en détail de ces lois de l'hérédité psychologique, leurs règles et leurs exceptions, par les exemples les plus authentiques de l'histoire ancienne et moderne, d'après les voyageurs et les savants de tous les temps et de tous les pays, constitue le fond de cet ouvrage intéressant. De là sa division en trois parties principales : faits, lois, conséquences. Chacune est conçue et exécutée sur un plan uniforme. Après une courte exposition du sujet, les exemples abondent, classés dans chaque forme d'hérédité,

avec les déductions et les explications qui s'ensuivent sobrement, ne dépassant guère les faits, suivant la méthode de philosophie positive qui règne d'un bout à l'autre de ce livre très instructif ; de là la conclusion résumée qui le termine et où l'on embrasse en quelques lignes tous les détails du volume. Un style net et précis, sans ambages, ambiguïtés ni périphrases, aidé d'un texte clair et facile, en rend la lecture d'autant plus agréable et attachante qu'en ayant tout l'attrait d'une fiction, d'un roman, il est basé sur la réalité historique de tous les siècles, des différents pays et les diverses races du monde entier. De là son intérêt et le succès qu'il a obtenu.

HERNIES. *Kélotomie*. Sur un ensemble de 308 cas de hernie étranglée, opérés dans différents hôpitaux depuis l'introduction des pansements de Lister, M. Schmidt (de Leipzig) a trouvé une mortalité de 36,6 pour 100, tandis qu'elle s'élevait à 45,8 auparavant. Cette amélioration serait plus marquée si l'on se bornait à parer au danger imminent par la réduction des intestins herniés, sans y ajouter chaque fois l'opération radicale. (*Soc. allemande de chirurg.*, avril.)

Dangers du taxis prolongé. Chaque année, ils sont mieux reconnus et proclamés unanimement par les exemples qui en sont signalés. Pour un succès par l'attente, quand le diagnostic est souvent erroné, il y a 10 insuccès. Dans l'étranglement serré, dit M. Berger, il y a avantage à éviter les nombreuses tentatives de taxis. Elles ont toujours aggravé le pronostic de la hernie, ajoute M. Després. Toute hernie sortie doit être réintégrée séance tenante par le taxis et, s'il échoue, par l'opération immédiate. Tel est le principe formulé par le professeur Trélat à la Faculté. Après six heures d'un taxis modéré avec l'action d'un bain, une petite hernie étranglée non réduite doit être opérée immédiatement.

Une hernie inguinale, habituellement réduite depuis l'enfance, chez un garçon de vingt-cinq ans, sortit brusquement, sans que le taxis avec ou sans chloroforme, en ville et à l'hôpital, parvînt à la réduire. Ce n'est que le lendemain, trente-deux heures après le début de l'étrangle-

ment, que M. Trélat fit l'opération. Liquide hématique dans le sac, couleur très violacée de l'anse intestinale étranglée. Le débridement et la réduction se firent sans difficulté. Résection du sac et suture. Le soir même, l'opéré fut pris de dyspnée et succomba le lendemain à neuf heures. L'autopsie montra l'absence de péritonite, un intestin normal, mais une congestion pulmonaire considérable. Cet accident déjà signalé par M. Verneuil (Voy. *année* 1881) est donc des plus redoutables. (*Soc. de chir.*, 1er août.)

Injections morphinées. L'usage peut toujours en être efficace, avant de recourir à l'opération que les malades refusent souvent. Deux tentatives successives de taxis, de dix minutes chacune, étant restées vaines chez une femme de quarante-trois ans, atteinte depuis six ans d'une hernie inguinale droite, étranglée depuis trente heures, le docteur Dupont (de Quimper) y recourut avec succès, le 13 mars dernier. La tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, était dure, tendue et très sensible au toucher; pouls petit, fréquent avec vomissements incessants. Un bain tiède de vingt-cinq minutes ayant augmenté les douleurs, un centigramme de chlorhydrate de morphine fut injecté au-dessus de la tumeur. Les vomissements diminuèrent et une troisième manœuvre du taxis fut moins douloureuse. Seconde injection de 5 milligrammes suffisant à obtenir la réduction sans difficulté, alors que bains et lavements étaient restés inefficaces. En calmant les influences nerveuses réflexes, ce moyen peut toujours aider à la réduction. (*Gaz. des hôp.*)

Cure radicale. Une nouvelle tentative du docteur Macleod consiste à isoler le sac jusqu'à l'anneau interne et à placer à ce niveau une ligature de catgut modérément serrée, avec trois autres au-dessous, à la distance d'un demi-pouce. Le surplus du sac est excisé, et avec une aiguille de Wood il coud le pilier interne et son tendon au pilier externe et au ligament de Poupart, en laissant le col du sac lié comme un tampon dans le canal inguinal. Les précautions antiseptiques sont absolument requises pour cette opération. 28 applications en ont été faites pendant les deux dernières années, 7 à la suite d'une hernie étranglée et le surplus sur des hernies réductibles. 6 morts en sont

résultées, dont 2 à la suite de la kélotomie ordinaire : l'une par collapsus au bout de huit heures et l'autre dix heures après la laparotomie exécutée le sixième jour, par la persistance des symptômes d'étranglement.

C'est donc 4 morts sur les 21 opérations de hernies réductibles. Elles se compliquaient de tumeur scrotale dans quatre cas, et deux de ces opérés succombèrent à la septicémie, sans aucune trace de péritonite ni lésion apparente au siège de l'opération.

Des 2 morts sur les 17 autres cas, un opéré succomba dix jours après l'opération et deux jours après sa sortie de l'hôpital. Ces résultats n'indiquent donc pas de sérieux dangers de ce procédé, car la kélotomie simple n'en est pas exempte, et dès que la cure radicale n'expose pas à des accidents spéciaux, sur le péritoine surtout, il est bien permis de la tenter. (*Indian med. Gaz.*)

L'opération suivante a aussi été exécutée par Walter Brown sur une femme de soixante ans, atteinte d'une grosse hernie fémorale, qui s'était étranglée à deux ou trois reprises récentes par le défaut de contention d'aucun bandage. Après l'ouverture du sac et la réduction de l'intestin, l'anneau crural pouvait admettre trois doigts. Une masse d'épiploon adhérente au sac se trouvant à la partie postérieure, une portion en fut enlevée et le moignon suturé avec un long fil de soie. Après la dissection du sac, et une ligature appliquée sur son col, il fut excisé. La masse d'épiploon restée dehors fut dès lors rentrée dans la cavité abdominale pour remplir l'anneau crural où elle fut fixée comme un tampon par une ligature. La plaie fut fermée avec les deux fils de soie au dehors.

Aucune complication ne se manifesta. Les ligatures tombèrent du dixième au seizième jour et cette opération, faite antiseptiquement, permit à l'opérée de reprendre ses occupations domestiques. Cinq mois après, il n'y avait plus de hernie apparente et l'application d'un bandage n'était qu'une simple mesure de précaution. (*Lancet*, 23 juin.)

Cure radicale des hernies. Thèse d'agrégation en chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur P. Segond, chirurgien des hôpitaux ; un vol. grand in-8°, Paris.

Hernies inguinales congénitales étranglées. *Difficultés opératoires.* La gravité exceptionnelle du pronostic dans ces cas vient de la persistance plus ou moins complète du canal péritonéo-vaginal. Sur 215 sujets adultes, avec ou sans hernies, autopsiés par M. Ramonède à ce point de vue, il existait 15 fois sur 100, soit à l'état de simple cul-de-sac infundibuliforme dont le fond ne dépassait pas le fascia transversalis fibreux, soit à l'état de diverticule en doigt de gant pénétrant dans le canal inguinal et pouvant même descendre dans le scrotum comme il l'a constaté 4 fois. Sans communication avec la tunique vaginale dans 2 cas, il formait un canal complet faisant librement communiquer cette cavité avec le péritoine dans les deux autres. Il commence alors en forme d'entonnoir dans l'abdomen, en dedans du fascia transversal,et s'engage par un coude dans le trajet inguinal en accompagnant le cordon pour s'aboucher avec la tunique vaginale. Dans ce trajet, il peut présenter quatre points rétrécis par des valvules ou diaphragmes. Le premier à son origine péritonéale forme les hernies propéritonéales; les deux suivants aux extrémités du trajet inguinal et le dernier à la limite de la vaginale et de ce canal. (*Thèse inaugurale;* Paris, 1882.)

De là l'étranglement fréquent de ces hernies congénitales à la partie inférieure du sac et parfois au niveau de l'orifice supérieur,sinon plus haut, et dans les degrés intermédiaires. Dans cinq observations recueillies par M. Trélat, il siégeait très manifestement à la partie inférieure; mais des constatations anatomiques de Dupuytren, Panas et Verneuil, ont montré ces orifices rétrécis et sans hernie à différents points plus élevés. On expliqua même la communication anormale de la vaginale et du sac par une déchirure accidentelle.

Le début de ces hernies est ainsi insidieux et d'un diagnostic très difficile. D'où l'utilité de s'enquérir immédiatement de leur origine congénitale, et, en cas d'affirmative, d'opérer au plus tôt en prévoyant ces difficultés. Plus on retarde et moins il y a chance de succès. Les caractères cliniques ordinaires sont des accidents d'obstruction très marqués; la hernie est grosse, molle, sonore et facilement réductible pour ressortir aussitôt. Sa réduction fait remonter le testicule et même la partie inférieure du scrotum.

Ces caractères, joints à la persistance des accidents, doivent mettre en garde contre une fausse réduction.

La présence simultanée d'une hydrocèle est une autre complication assez fréquente de ces hernies dites enkystées dans la tunique vaginale. On les rencontre ainsi en forme de bissac congénital, selon la remarque de M. Monod. De là le pronostic grave de ces hernies. (*Soc. de chir.*, mars.)

Dans un cas de ce genre chez un garçon de quinze ans, ayant une tumeur grosse comme une mandarine dans la région inguinale droite avec englobement du testicule sans transparence ni sonorité, des accidents d'étranglement étant survenus et la tumeur subite en résultant étant irréductible, M. Anger opéra immédiatement. L'incision découvrit une tumeur bilobée dont le lobe inférieur plus volumineux contenait l'intestin d'un rouge vineux. Un collet existait au-dessus. On débride et l'on trouve dans le lobe supérieur le testicule à nu avec l'intestin recouvert de plaques jaunâtres indiquant la gangrène. A défaut de pouvoir le réduire, l'orifice supérieur du canal péritonéo-vaginal rétréci et admettant à peine le doigt fut divisé et l'intestin suturé au niveau de l'anneau inguinal externe. Ouvert, cet intestin donna issue à du sang coagulé et des gaz. (*Idem.*)

Hernies gangrénées. *Résection circulaire et suture de l'intestin.* Cette opération délicate a pris un si grand développement en Allemagne avec les méthodes antiseptiques, dans les dix dernières années, qu'elle semble devenir la règle à l'avenir. Inaugurée à Strasbourg en 1873, elle a rapidement été répétée au point de compter aujourd'hui 36 applications publiques. Le docteur Bouilly, l'ayant exécutée infructueusement à l'hôpital Beaujon chez un homme de quarante-sept ans en 1882, et chez une femme de cinquante ans à l'hôpital Necker au mois d'avril dernier, a été conduit ainsi à justifier sa tentative par les succès des autres en en recueillant les différentes applications et les résultats.

Exécutée dans 21 hernies crurales, 11 hernies inguinales et 1 ombilicale sur 19 femmes et 15 hommes, cette opération a donné 18 morts plus ou moins immédiates, soit la moitié. Ce n'est pas à dire qu'il y ait autant de guérisons, car 9 seulement ont été complètes d'emblée, soit le quart. Des fistules stercorales se sont manifestées chez les 9 autres

opérés et bien que leur occlusion spontanée ait eu lieu ensuite en élevant les guérisons à 16, la persistance de cet accident consécutif montre que c'est le principal danger de la suture.

L'anus contre nature auquel étaient fatalement condamnées autrefois la plupart des victimes des hernies gangrénées, et que cette redoutable infirmité exposait à bien d'autres dangers consécutifs, en menace donc encore un certain nombre aujourd'hui. Il en est ainsi résulté chez le premier opéré de M. Bouilly, et c'est en voulant le débarrasser de cette infirmité, en renouvelant la même opération presque un an après, que ce nouvel essai a déterminé la mort par péritonite. De là l'examen de son emploi accidentel ou consécutif à la hernie dans l'anus contre nature, dont le premier essai remonte à 1863; c'est-à-dire sans les précautions antiseptiques usitées actuellement. Celles-ci constituant ses principaux éléments de succès, il est juste de ne faire entrer en ligne de compte que les cas opérés dans ces conditions depuis 1876, et toujours presque exclusivement en Allemagne.

Sur 29 applications de ce procédé, dont 26 fois consécutivement à une hernie étranglée gangrénée, 17 succès sont signalés, un insuccès et 11 morts. La proportion est donc sensiblement plus favorable, puisque de 50 pour cent dans la première statistique, la mortalité est descendue à 37,7. Il est évidemment plus chanceux de recourir à cette opération délicate, après l'établissement préalable de l'anus contre nature, que de la tenter immédiatement après avoir exécuté la kélotomie. C'est la principale conclusion à tirer de cette statistique totale de 65 cas donnant 33 guérisons, 3 insuccès et 29 morts.

Bien des atténuations peuvent être invoquées sans doute contre cette mortalité considérable : l'état des opérés, des complications imprévues, des affections coïncidentes ayant souvent déterminé la mort. M. Bouilly ne manque pas de s'y appesantir et de les faire valoir pour innocenter l'opération. C'est le plaidoyer ordinaire des circonstances atténuantes, sans que les victimes aient à en retirer aucun avantage. Tout le profit est pour ceux qui auront à y recourir dans l'avenir, et l'auteur l'assure en signalant avec détails les divers procédés opératoires de la suture et toutes les

complications en résultant. En fixant plus sûrement les indications et les contre-indications de cette opération nouvelle, il nous paraît avoir gagné son procès et assuré de plus nombreux succès aux futurs opérateurs. (*Revue de méd.*, mai et juillet.)

M. Bouilly a échoué néanmoins dans un nouveau cas de suture intestinale circulaire, chez un homme ayant reçu un coup de pied de cheval dans le ventre. Il fut opéré en pleine péritonite aiguë et la gangrène était telle que la résection dut comprendre 10 centimètres d'intestin avec un coin mésentérique correspondant. Après évacuation du contenu du bout supérieur, les deux extrémités furent réunies circulairement par 28 points de Lembert à la soie phéniquée. Ainsi suturée, l'anse fut replacée dans l'abdomen et les parois abdominales recousues. L'opération avait duré une heure et demie. Une petite fistule stercorale se produisit quarante-huit heures après sur la ligne de réunion. L'écoulement de matières en résultant fit même cesser les vomissements et les signes d'obstruction persistante. Les huits jours suivants, l'état s'améliorait avec l'issue des matières par la fistule et par l'anus, lorsque quelques points de suture de la plaie désunie furent malheureusement enlevés par le chirurgien pour le nettoyage. Un frisson eut lieu aussitôt et la mort par péritonite s'ensuivit en vingt-quatre heures. Il n'y a donc à profiter de ce nouvel insuccès qu'en n'imitant pas M. Bouilly, malgré ses conclusions optimistes. (*Société de chir.*, juillet.)

Sur 16 cas recueillis par Jaffé (de Hambourg) de 1878 à 1881, il y a seulement 7 guérisons et cependant ce résultat paraît si satisfaisant que l'on considère comme absolument nécessaire de mettre à l'avenir cette opération à la portée de tous les chirurgiens, comme l'ovariotomie et l'extirpation du rectum. De là une nouvelle exposition des divers procédés opératoires employés. (*Volkmann's klin. Vortrage* et *Revue de chir.*, novembre.)

Rupture. Une blanchisseuse de quarante-six ans, opérée en 1880 d'une hernie fémorale droite étranglée qu'elle portait depuis l'âge de vingt ans, ayant éprouvé un rhume très intense dans l'hiver de 1881, sentit sa hernie devenir aussi volumineuse que la tête d'un enfant. De petits ulcères

formés sur la peau sous l'influence du bandage lui firent négliger ce moyen. Le 4 décembre, en montant chez elle, ayant été prise d'un violent éternuement, elle sentit soudainement une déchirure dans l'aine droite, qui la fit tomber en syncope. Arrivée dans son lit, elle découvrit que l'intestin s'était échappé dehors. Transportée à l'hôpital Saint-Thomas, cette femme présentait une déchirure de la peau, d'un pouce de long, située au-dessus de la cicatrice de la précédente opération, avec hernie d'un pied et demi d'intestin grêle.

Après avoir lotionné l'intestin hernié avec une solution antiseptique, le docteur Mason débrida largement l'ouverture de la peau et l'anneau herniaire pour le réduire. Une éponge placée sous l'ouverture permit de disséquer le sac et de l'exciser, ainsi que la peau couverte d'ulcérations. Une suture étroite des parois abdominales détermina une cicatrice solide et la guérison de cette hernie. (*Lancet*, 7 avril.)

HYDARTHROSES. *Ponction*. Malgré la réprobation formulée contre ce procédé devant la Société de chirurgie, on a pu voir que plusieurs de ses membres ont fini par l'adopter, comme la déclaration explicite en a été faite à propos de la suture osseuse des fragments de la rotule. (Voy. Fractures.) M. Berger, remplaçant le professeur Gosselin, l'a confirmé par une récente application. En présence d'un malade atteint d'un épanchement considérable dans le genou droit et ne pouvant guère compter sur une résorption rapide ni même lente, il pratiqua séance tenante une ponction avec l'appareil Potain.

Il retira 100 grammes environ d'un liquide citrin d'abord, puis rougeâtre, et entoura la jambe d'une couche épaisse de ouate, sur laquelle il fit, à l'aide de bandes, une compression des plus fortes.

C'est là, dans la compression consécutive à la ponction, que réside tout le secret du traitement.

L'*immobilisation* doit y être ajoutée, selon le docteur Paquet (de Lille). Il place le membre dans une gouttière moulée en gutta-percha et emploie la faradisation. Portée jour et nuit, cette gouttière permet de marcher pendant le traitement. La faradisation de la partie inférieure du tri-

ceps crural produit une sorte de massage intérieur de la jointure, qui facilite la résorption du liquide, activée déjà par la faradisation sur la nutrition. De la synoviale et des tissus péri-articulaires de 22 hydarthroses subaiguës ou chroniques, 16 ont été exclusivement traitées ainsi et ont guéri dans l'espace de huit à vingt-cinq jours, guérisons qui se sont maintenues.

Hydarthroses indolores. Un mode de compression tout spécial, employé souvent avec succès à l'hôpital du Massachusetts, contre les épanchements chroniques, progressifs et sans réaction, est ainsi décrit par le docteur Hodges. Le membre est enveloppé d'un bandage roulé dans toute son étendue; une attelle bien rembourrée est placée sur la face postérieure. On applique alors sur le genou trois éponges, larges et épaisses comme la main et préalablement soumises à la compression d'une presse mécanique pendant vingt-quatre heures, les réduisant à leur moindre dimension. Appliquées de chaque côté et la troisième à la partie supérieure du genou, ces éponges sont maintenues par un bandage. De l'eau versée dessus provoque leur distension, jusqu'à ce que l'augmentation de leur volume détermine une gêne notable. Une douleur vive et l'œdème des orteils peuvent s'ensuivre; mais, l'évaporation diminuant le volume des éponges, l'arrosement doit être continué de temps en temps.

Ce bandage compressif est renouvelé tous les sept à huit jours avec le séjour au lit. Plusieurs applications successives sont nécessaires pour la disparition de l'épanchement. Dès que le malade commence à se lever, l'auteur applique, au lieu de la genouillère élastique, une bande de flanelle, de 3 pouces de large, enroulée depuis le milieu de la jambe jusqu'à celui de la cuisse. Une compression large et active de l'articulation en résulte, et il a de plus l'avantage de la soutenir quand les ligaments sont relâchés. (*Boston med. and surg. journ.*, décembre 1882.)

HYDROCÈLE. Voy. Injections.

HYGIÈNE. Tout l'avenir en est dans les antiseptiques et les désinfectants, dit M. Lucas-Championnière. En man-

quant des premières notions sur les fermentations, architectes et ingénieurs rivalisent en dispositions onéreuses plus ou moins nouvelles dont le progrès est médiocre et le prix de revient considérable. Qu'il s'agisse d'hôpitaux, de casernes, de lycées, de prisons ou d'habitations particulières, l'assainissement reste aussi imparfait par l'encombrement des produits excrémentitiels des grands centres, qui nuisent à la communauté, sans utilisation ultérieure. Les grandes villes restent ainsi les lieux de prédilection des épidémies par les aliments impurs qui s'y rencontrent.

Les plaies et les émonctoires de la société doivent être traités comme ceux de l'individu. L'hygiène publique réclame les mêmes mesures appliquées depuis vingt ans à la chirurgie, dont les résultats ont dépassé tout ce que l'on pouvait imaginer. Prévenir ou retarder les fermentations est le but à atteindre. Se contenter de poursuivre leurs produits en les laissant s'établir, comme on le fait en réunissant les matières fécales dans une fosse où elles se putréfient à loisir, est une tâche difficile et inutile. Elles seront encore plus malfaisantes et nuisibles si, d'après le progrès moderne, on jette tout à l'égout. La putréfaction se fera ainsi sur une vaste surface, et les matières infectieuses non modifiées répandront d'autant plus leurs miasmes vénéneux. Quel que soit le volume d'eau, il ne suffira jamais à les entraîner en entier, sans qu'une certaine quantité se putréfie sur place, malgré le coup de balai; l'antisepsie deviendra nulle sur des matières ainsi diluées.

Le plus sûr moyen est de neutraliser la matière dangereuse aussitôt produite. Au lieu de désinfecter lors des vidanges, il faut le faire au fur et à mesure de l'arrivée des matières. Ainsi désinfectées, elles pourraient aller à l'égout sans préjudice et sans une aussi grande dilution. Leur utilisation pour l'agriculture serait alors permise, et, avec un bon désinfectant pour en faciliter le transport, les moyens d'enlèvement seraient simplifiés.

En négligeant ces moyens, l'Etat comme la ville de Paris et les grandes administrations ne peuvent obliger les particuliers à les employer. Et pourtant rien ne serait plus facile, puisque toute matière pulvérulente désinfecte. Tous les charbons sont de puissants désinfectants; le chlorure de

zinc, l'acide phénique, le sulfate de fer peuvent rendre de grands services à cet égard. Néanmoins, on ne les emploie pas, sauf dans des cas particuliers et dans une mesure beaucoup trop restreinte.

La découverte récente d'un appareil permettant la destruction des animaux morts du charbon ou d'une maladie contagieuse, par l'acide sulfurique, avec un rendement suffisant en matières d'engrais, est un exemple des conquêtes qui peuvent être réalisées. Tous les cadavres et les déchets d'animaux qui empoisonnent l'atmosphère et les matières putrescibles pourraient être détruits de même. Un hôpital aéré et balayé n'en est que plus propre, tout en restant infectant. C'est en désinfectant toutes les matières putrides ou contagieuses lors de leur production qu'on l'assainit. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, septembre.)

Traité d'hygiène publique et privée, basée sur l'étiologie, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité, etc.; deuxième édition, augmentée de notes sur les maladies contagieuses et les divers moyens de préservation; Paris, Félix Alcan éditeur, ancienne librairie *Germer Baillière*.

Quand un ouvrage aussi volumineux obtient un succès éclatant, sa valeur est démontrée; pas n'est besoin à quelques mois de distance d'en faire un nouvel éloge. La première édition s'est épuisée en effet aussitôt que parue. Chacun a voulu se procurer un ouvrage contenant tant de matériaux divers, accumulés pendant toute une vie de recherches, d'expériences et d'études sur ce sujet spécial. L'activité de l'auteur est si peu éteinte, malgré son grand âge, qu'en ce peu de temps il a pu faire encore de nombreuses additions à l'appendice qui forme comme les pièces à l'appui du texte original. Plus de 40 pages de petit texte se trouvent ainsi ajoutées à la première édition. La nouvelle doctrine des microbes en est surtout l'objet, et les maladies contagieuses en sont ainsi augmentées d'autant. On peut donc prédire à cette seconde édition le même succès qu'à la première.

HYPNOTISME. En se substituant au somnambulisme, cet état singulier fixe de plus en plus l'attention des mé-

decins. Son emploi par des hommes honorables et distingués tend à en accréditer l'action thérapeutique sur certains états nerveux difficiles à contrôler autrement. Le professeur Bernheim (de Nancy) en a fait ainsi le sujet de nouvelles études, sur les indications du docteur Liébault, et ses expériences l'ont conduit à imposer sa volonté par suggestion, même dans l'état de veille des sujets et sans qu'ils soient endormis. Un petit nombre sont en effet somnambules : sur 2 534 individus hypnotisés par M. Liébault, 385 seulement étaient somnambules, soit 15,19 pour 100. C'est dans cet état surtout que la volonté s'impose le plus profondément, au point de faire perdre à l'individu le sentiment de sa personnalité, comme M. Richet en a relaté des exemples à Paris. Les mêmes observations ont été confirmées à Nancy, et la réalité s'affirme ainsi d'une manière incontestable.

Le fait nouveau est d'avoir publiquement constaté que beaucoup de sujets, ayant été hypnotisés avec sommeil précédemment, peuvent éprouver dans l'état de veille la même aptitude à ressentir les phénomènes suggestifs. Il suffit de deux ou trois hypnotisations antérieures. A l'un d'eux, par exemple, M. Bernheim dit sans l'endormir : « Fermez la main, vous ne pouvez plus l'ouvrir. » Il tient sa main fermée en contracture et tente des efforts infructueux pour l'ouvrir. Il fait tendre l'autre bras, la main ouverte, et dit : « Vous ne pouvez la fermer. » Il essaye en vain de la fermer et ne peut dépasser la demi-flexion. Tous les autres mouvements voulus se produisent de même à volonté, comme chez un automate. Le trismus, le torticolis, la paralysie suggestive d'un membre étaient parfaitement imités chez le même sujet. La catalepsie suggestive, avec contractions variables ou mouvements automatiques, l'anesthésie sensitivo-sensorielle et jusqu'à des hallucinations sont ainsi produites. La sensibilité est modifiée à volonté, et l'on peut piquer, toucher la muqueuse oculaire, chatouiller le pharynx, sans la moindre sensation ni le plus léger mouvement. Un garçon de quatorze ans, intelligent et instruit, entré à l'hôpital pour une néphrite catarrhale dont il était guéri, était tour à tour insensible d'une main ou de l'autre, aveugle ou sourd à volonté. Une jeune hystérique conservant une hémianesthésie gauche, en opère le transfert à volonté, comme celle de l'odorat, du goût, de la vision et de l'audition. En accen-

tuant avec force la suggestion et soutenant l'attention sur les deux bras et les deux jambes, on provoque le retour de la sensibilité sans transfert; les deux côtés alors sont sensibles.

Voici un fait de thérapeutique suggestive :

Un jeune homme d'une vingtaine d'années, hystéro-épileptique, présentait, entre autres phénomènes, une amblyopie persistante de l'œil gauche. Sous l'influence d'une bobine à aimantation interrompue par un courant électrique, imaginée et expérimentée par M. Charpentier, l'acuité visuelle, réduite à 1/6, redevint normale, et le champ visuel augmenta de 10 à 25 degrés dans tous ses méridiens.

La suggestion hypnotique consécutive élargit encore davantage, de 8 à 10 degrés, chacun des méridiens; le résultat se maintint. Quelques jours après, pour voir ce que produirait la suggestion à l'état de veille, liée à un simulacre d'aimantation, la bobine fut appliquée sur la tempe, sans qu'on y fît passer le courant, pendant cinquante minutes; or le champ visuel, mesuré par M. Charpentier, gagna 7 degrés en dedans, 25 en dehors, 20 en dehors et en bas; son étendue était supérieure à celle que l'on donne comme normale.

Un jeune homme de trente-quatre ans, nullement névropathe, présente depuis cinq mois des troubles fonctionnels dans le domaine du plexus brachial : ce sont des accès venant plusieurs fois par jour, consistant tantôt en une sensation d'engourdissement dans l'aisselle et le bras gauche jusqu'aux doigts, tantôt en une constriction douloureuse vers le deltoïde, le coude, le poignet, s'accompagnant parfois de crampes dans les doigts, d'élancements sur le trajet des nerfs, comparés par le malade à une décharge électrique. Quelquefois aussi, un léger tremblement existe dans les doigts et la main; d'autres fois, des sueurs localisées à l'aisselle pendant l'accès. Les phénomènes persistent souvent pendant six à huit heures. Rien du côté du cœur. Est-ce quelque petite tumeur sur le trajet ou à l'origine du plexus qui serait le point de départ de ces accès localisés dans une sphère nerveuse?

Quoi qu'il en soit, après avoir, par suggestion hypnotique pendant plusieurs semaines, arrêté au milieu de l'accès ces troubles nerveux, et diminué le nombre des accès, sans en

avoir empêché cependant le retour, M. Bernheim est arrivé, sans l'endormir, à dissiper les phénomènes par suggestion à l'état de veille. Le malade a depuis plusieurs heures, par exemple, une constriction douloureuse au poignet et au deltoïde, avec un engourdissement du membre : il touche la main et l'épaule pendant une ou deux minutes, en affirmant la disparition des symptômes éprouvés; invariablement, toutes les sensations anormales disparaissent en moins de deux minutes, et le malade est débarrassé quelquefois pendant deux jours.

Un ouvrier aux forges, âgé de cinquante ans, nullement névropathe, ayant été guéri par suggestion hypnotique de troubles fonctionnels nerveux graves, d'origine médullaire, éprouve de nouveau des symptômes de névrite du nerf cubital gauche, datant de quatre jours : douleur vive dans la gouttière épitrochléenne, élancements douloureux continus le long du nerf, anesthésie totale dans la partie interne de l'avant-bras, la main, le petit doigt et l'annulaire, la main étant fermée en contracture.

La suggestion à l'état de veille pendant dix minutes environ, en touchant la main et l'avant-bras, avec affirmation de la disparition de la douleur et de l'anesthésie, détermine aussitôt la cessation de la crampe et la restauration complète de l'état normal. (*Revue méd. de l'Est* et *Association française*, août.)

Une volonté puissante, exercée sur des individus qui y sont sensibles, remplacerait ainsi l'aimantation. Il resterait à comparer quel est des deux moyens le plus rapide et le plus salutaire et si l'aimant n'agit pas là où la volonté est impuissante. Comment admettre en effet qu'une névrite réelle puisse disparaître instantanément sous l'influence seule de la volonté ?

Tout extraordinaires qu'ils soient, ces faits sont incontestables. M. Dumontpallier en a vérifié l'exactitude dans son service, chez une ancienne hystérique hémianesthésique droite. Il lui a suggéré l'idée que la sensibilité était revenue du côté droit, et en la piquant à droite, sans qu'elle s'en aperçût, il a pu constater qu'elle sentait. Il a provoqué également, en le lui commandant, un transfert de la force musculaire.

Un fait plus extraordinaire est signalé par le docteur

Laborde. L'un de ses préparateurs aurait commandé mentalement à une hystérique d'avoir ses règles à tel jour et à telle heure, et la chose eut lieu...

Expérimentant sur des jeunes gens bien portants, non hystériques, M. Brémaud a pu, par l'action seule du regard, continuée pendant quelques secondes, déterminer un état spécial qu'il nomme *état de fascination*. Ainsi fascinés, les sujets restent immobiles, sans pouvoir exécuter aucun mouvement. Ils voient et ils entendent parfaitement, mais ils sont insensibles à la douleur. Les muscles qui étaient contractés au moment de l'expérience entrent en contracture; celle-ci se résout par l'excitation des muscles antagonistes. Des femmes hystériques se sont montrées réfractaires à cet état. (*Soc. de biol.*, 27 octobre.)

Des *résultats thérapeutiques* ont été obtenus par le professeur A. de Giovanni, à la clinique médicale de l'Université de Padoue, à l'aide du somnambulisme. Une rachialgie persistante, chez une femme nerveuse et affaiblie, fut guérie par l'hypnotisme journalier durant une semaine avec amélioration de l'état moral. Il est remarquable qu'une contracture des extrémités inférieures en dépendant avait été guérie antérieurement par le massage.

Une dermalgie très intense de la jambe, avec vomissements persistants une à deux fois par jour, chez une femme de dix-huit ans, fut guérie de même par l'hypnotisme, ainsi que les vomissements, sans être reparue un mois après.

Une névropathique du même âge, ayant une arthralgie, avec contracture de la jambe et du bras droits, sans lésion apparente, en éprouva le même bienfait. Après divers accidents nerveux, allant jusqu'à l'hémianesthésie droite, avec ecthyma, furoncle, engorgement ganglionnaire, les premiers essais d'hypnotisation amenèrent des tremblements dans les membres au lieu de sommeil. Mais, dès le troisième, les phénomènes nerveux s'améliorèrent, et la guérison fut complète en quinze jours, par des séances répétées journellement trois fois.

Un jeune homme souffrant d'une coxalgie aiguë, avec douleur au genou, qu'il ne pouvait remuer, fut hypnotisé pour un examen complet. A son réveil, la douleur du genou était très diminuée.

L'augmentation des réflexes rotuliens a été notée dans la plupart des cas. La piqûre d'une épingle était perçue et rappelée au réveil, après 15 à 20 minutes qu'il avait duré. (*Revue de méd.*, janvier.)

Tannate de cannabine. Le *cannabis indica* ou chanvre indien ne pouvait être administré qu'en pilules, sa teinture alcoolique ayant l'inconvénient de diminuer son action hypnotique et le produit de sa distillation aqueuse étant toxique en injections hypodermiques. Fronmuller l'associe au tannin sous forme d'une poudre aussi facile à doser et à administrer que l'opium et ses alcaloïdes. Mélangé ou non au sucre, ce sel produit, à la dose de 10 centigrammes, un sommeil tranquille, sans aucun phénomène d'intoxication ni de constipation. On peut en prolonger l'usage, en en accroissant graduellement les doses jusqu'à 30 à 40 centigrammes par jour.

Cette poudre est inodore, d'un jaune brunâtre, insoluble dans l'eau et l'éther, mais soluble dans l'alcool, d'une saveur astringente, comme le tannin, et forme une combinaison assez fixe. Administré le soir 57 fois à l'hôpital et 6 fois dans la pratique privée, chez 21 hommes et 42 femmes d'âges et de professions variés, souffrant d'insomnie sous l'influence de maladies diverses, ce sel a amené chez 37 malades un sommeil tranquille et plus ou moins prolongé, suivant l'état. De la pesanteur de tête, des vertiges au réveil ne se sont montrés que très exceptionnellement. Pas de vomissements ni de constipation. Le refroidissement et les coliques ne sont arrivés qu'à des doses excessives. D'où l'indication de ne pas dépasser 50 centigrammes comme dose maxima.

C'est donc là un hypnotique de première valeur et absolument inoffensif, qui peut trouver de nombreuses applications, en ne retentissant pas sur les sécrétions et n'amenant aucun phénomène d'intoxication. (*Memorabilien* et *Bull. de thérap.*, avril.)

HYSTÉRECTOMIE. Rien ne montre mieux la discrétion extrême que l'auteur de cette opération met à la renouveler que le fait de l'avoir exécutée seulement pour la quatrième fois à la clinique obstétricale de la Maternité de

Milan, au mois de mai dernier. C'était chez une rachitique dont le bassin était extrêmement rétréci et la grossesse à terme. L'opération dura vingt minutes, sans hémorrhagie, et l'opérée était en voie de guérison huit jours après. (*Gazz. degli ospedali*, mai.)

De mai 1876, date de son inauguration, à mai 1882, elle a été pratiquée 38 fois en Italie, suivant le docteur Negri, en donnant 14 guérisons et 24 décès. (*Idem*, janvier.)

Un succès complet en a été obtenu au grand hôpital de Piacenza, le 7 juin, par le docteur Borsini. La mère et l'enfant se portaient bien. (*Idem*, 17 juin.)

Il serait intéressant de connaître la statistique des enfants vivants. Le docteur Bianchi ayant opéré à Lucia, le 28 décembre 1882, une rachitique atteinte de pneumonie et d'insuffisance mitrale, chez laquelle aucun procédé d'embryotomie n'était possible, la femme succomba le lendemain, mais l'enfant était vivant et en bonne santé quinze jours après. (*Idem*, janvier.)

Un succès plus complet en a été obtenu par le docteur Franzolini (d'Udine), chez une rachitique de trente-quatre ans. Mariée à trente, elle avait eu trois fausses couches, et le bassin était si rétréci par la projection du promontoire que les plus violentes douleurs restaient inefficaces depuis cinquante heures. Les membranes étaient rompues depuis vingt-six heures ; le col, très élevé, admettait trois doigts, avec présentation de la tête. Battements du cœur fœtal très perceptibles. La meilleure chance de sauver la mère et l'enfant étant l'hystérectomie, l'anesthésie fut pratiquée, l'utérus et ses annexes enlevés sans complication et le pédicule fixé à l'angle inférieur de l'incision. Un pansement antiseptique étant fait, la plaie se réunit par première intention. La température n'excéda pas 39° le troisième jour. L'enfant prit le sein ce jour-là, et le pédicule se sépara le cinquième. La mère se levait le seizième jour, et l'opérateur eut la satisfaction de voir la mère et l'enfant se rétablir de mieux en mieux. (*Idem*, 25 juillet.)

Division. En dehors de l'hystérectomie puerpérale, M. Terrier la divise en deux catégories : principale et accessoire. Elle est le complément obligé de l'ovariotomie quand l'utérus est soudé à l'ovaire malade. Trois opérées dans

ces conditions ne lui ont donné qu'un succès ; l'une a succombé à une péritonite consécutive, l'autre au choc traumatique. Elle est principale quand l'utérus est seul intéressé. Sur 4 opérées pour des tumeurs de cet organe, 2 guérirent : l'une d'accidents nerveux, l'autre d'hémorrhagies au bout de vingt-quatre heures par suite de la réduction du pédicule dans l'abdomen. C'est donc une opération très dangereuse, mais qui pourra être perfectionnée.

Les 4 hystérectomies faites par M. Lucas-Championnière n'ont donné qu'un seul succès. Sur 11 opérées, il n'y a eu que 4 guérisons, soit 36,4 0/0. (*Soc. de chir.*, 28 novembre.)

Traitement du pédicule. De nombreuses controverses se sont élevées sur la préférence à donner à la fixation du pédicule à l'extérieur, ou sa réduction à l'intérieur, dans l'hystérectomie, comme elles avaient eu lieu précédemment pour l'ovariotomie. Une asepsie plus sûre et efficace en est le seul but. L'historique de la question et l'exposé des raisons pour et contre, avec les modifications opératoires exécutées à cet égard, relatées *in extenso* par M. Schwartz, avec les observations à l'appui, montrent des résultats à peu près équivalents.

70 opérations faites par la fixation du pédicule au dehors ont donné 44 guérisons et 26 morts, soit 62 guérisons et 38 décès pour 100.

49 opérations faites par la réduction du pédicule ont donné 31 guérisons et 18 décès, soit 63 guérisons et 37 morts pour 100. La légère supériorité de celle-ci est donc encore bien incertaine, quoique la généralité des chirurgiens soit actuellement en sa faveur. La plus grande différence des résultats dépend bien plus manifestement de l'étendue de l'excision et de l'ouverture de l'utérus, comme les chirurgiens anglais Knowsley Thornton et Bantock l'ont surtout signalé, que du traitement consécutif du pédicule. (*Revue de chirurg.*, février.)

Chez une opérée de quarante-quatre ans pour un volumineux corps fibreux sous-péritonéal, implanté sur le fond de l'utérus et enclavé en partie dans le ligament large, dont il fallut le décortiquer, M. Terrillon réduisit le pédicule suivant le procédé de Schrœder. Il fit une section cunéiforme de l'utérus et réunit les bords du moignon en en-

tonnoir par une suture très exacte. En suturant d'avance tous les lambeaux péritonéaux, on prévient toute exhalation de liquide dans le péritoine. Quelques points de suture sur la muqueuse utérine pour séparer les surfaces à affronter sont également utiles dans le même but.

Cette méthode lui semble préférable à la fixation au dehors par constriction circulaire du pédicule, de même qu'à la réduction après cautérisation au thermo-cautère, car, en s'affaissant sous la constriction circulaire, le tissu utérin peut déterminer une hémorrhagie souvent mortelle par la béance des vaisseaux. L'opérée a guéri.

MM. Lucas-Championnière et Polaillon sont d'un avis opposé. La fixation du pédicule au dehors est loin d'être abandonnée, d'après les statistiques. Sa réduction n'est pas toujours possible et absolument illogique dans certains cas. Son indication capitale est la pusillanimité des opérées, car elles sont exposées à des tiraillements consécutifs extrêmement pénibles en le fixant dans la plaie. Le procédé précédent est d'ailleurs forcément applicable; l'occlusion ou la suture de toute surface saignante est indispensable pour prévenir des épanchements. La constriction insuffisante du pédicule détermine seule l'hémorrhagie; trois ou quatre nœuds successifs ne sont souvent pas de trop pour la prévenir. A moins que les principales sources artérielles de l'utérus ne soient supprimées par une résection près du col, l'hémorrhagie est toujours à craindre par la réduction. Si la fixation du pédicule dans la plaie a des inconvénients à cet égard par son exiguité et la rupture des veines pouvant en résulter, la réduction n'en est pas exempte. (*Soc. de chir.*, mai.)

Sur 7 cas de réduction en France, le docteur Chalot n'accuse que 2 succès sur 5 morts, et, quelles que soient les atténuations apportées à cette faible statistique, on ne peut s'empêcher de reconnaître que ce début n'est pas encourageant. Aux deux procédés employés le plus souvent à l'étranger pour la réduction, l'auteur ajoute ainsi sa modification, pour prévenir plus sûrement les hémorrhagies intrapéritonéales. Au lieu de tailler l'intérieur du pédicule en cône comme Schœder, en en réunissant toute la surface par des sutures profondes et superficielles, ou bien de le diviser en quatre segments, à l'exemple de Bompiani, à l'aide d'une aiguille

et d'un couteau spécial, M. Chalot, après la section utérine, passe autour de chaque corne une anse en caouthouc, dont les deux chefs sont ramenés dans l'intérieur de la cavité du moignon, où ils sont solidement fixés l'un à l'autre, après tension par une ligature de soie. Cette compression des gros vaisseaux des parties latérales de l'utérus est une garantie de plus contre l'hémorrhagie. Les deux lèvres sont ensuite évidées en cône et réunies comme dans le procédé de Schrœder. (*Ann. de gynécol.*, août.)

5 observations de M. Queirel (de Marseille) et 3 de M. Fort, à Rio-de-Janeiro, ont donné les résultats suivants : en laissant le pédicule au dehors, le premier a eu 3 guérisons et 2 morts ; en recourant à la méthode intrapéritonéale dans 2 cas, M. Fort n'a eu qu'un succès.

Aujourd'hui, plusieurs chirurgiens, devant les résultats malheureux de la réduction du pédicule, sont revenus à la méthode extrapéritonéale. Kœberlé, Péan, Spencer Wells, Bantock et d'autres sont les principaux. Il ne faut employer cette méthode que si l'on ne peut faire autrement, dit M. Lucas-Championnière d'après les exemples précités, et la plupart des jeunes chirurgiens français ont été de son avis. L'hystérectomie est une opération grave, redoutable et nullement comparable à l'ovariotomie. Il n'y faut recourir qu'en présence d'indications formelles et pressantes, en ne rentrant le pédicule que par exception. Sur 4 hystérectomies, M. Terrier a laissé 3 fois le pédicule au dehors, et il a eu 3 succès. (*Soc. de chir.*, 21 novembre.)

Hystérectomie vaginale. Ce sous-titre est justifié par le nombre croissant d'extirpations de l'utérus par la voie naturelle, de préférence à la voie abdominale ou hypogastrique, et les succès obtenus par ce procédé. Il est si barbare et peu scientifique en apparence d'aller ouvrir le ventre, en présence d'une ouverture naturelle pour cette opération, que tous les efforts doivent être tentés pour en vaincre les difficultés. C'est évidemment la principale raison qui l'a fait essayer de nouveau après le rejet de son exécution en France. L'oophorectomie ou ovariotomie vaginale de Battey, pratiquée en Amérique et imitée surtout en Allemagne, a été le premier signal de la résurrection triomphale de l'hystérectomie vaginale. C'est en Allemagne qu'elle a repris

naissance, par opposition même à l'esprit français, et à voir toutes les ardentes compétitions déjà soulevées entre les principaux chrurgiens sur les procédés différents et les nombreuses modifications opératoires, employés ou proposés à ce sujet, avec succès et revers à l'appui, on peut juger de l'engouement irréfléchi dont elle est l'objet. C'est une confusion inextricable, dont l'analyse étendue qu'en donne le docteur Schwartz rend parfaitement compte. (*Revue de chirurgie*, juin 1882, février et mars 1883.)

Elle est passée de là en Angleterre et surtout aux Etats-Unis, puis en Italie, où l'inauguration de l'opération de Porro, en démontrant presque expérimentalement l'innocuité de l'excision totale de l'utérus, contribua le plus à distinguer les nouvelles indications spéciales de celle-ci.

Le cancer du col utérin offre en effet la principale indication de l'hystérectomie vaginale. Timidement inaugurée par Récamier en 1829, contre cette maladie redoutable, c'est contre elle qu'elle doit s'exercer exclusivement, surtout quand le mal est localisé à cet organe et n'envahit pas les parties environnantes. Telles sont du moins les conditions essentielles mises à cette opération par le docteur Demons, après les applications qui en ont été faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Le premier, il se décida, au mois de décembre 1882, à extirper totalement l'utérus par le vagin sur une femme de 30 ans, atteinte d'un épithélioma du col ayant envahi la partie inférieure du corps de cet organe. Malgré une péritonite survenue le sixième jour, cette malade a guéri, bien que le vagin n'eût été ni suturé ni drainé.

Dans un cas analogue, le docteur Dudon pratiqua dans le même hôpital, la même opération, le 6 janvier suivant. Sur son conseil, le vagin fut suturé et la plaie drainée. La malade guérit sans accident.

Le 22 février, M. Mandillon opéra à son tour une femme épuisée par des hémorrhagies. La guérison fut simple et facile. Mais, M. Dudon ayant renouvelé cette opération sans suture vaginale ni drain, son opérée fut bientôt atteinte de péritonite aiguë, qui l'enleva.

De ces faits, l'auteur conclut que l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, complètement rejetée en France, est moins grave que par la voie abdominale et mérite un meil-

leur accueil. Elle ne doit être faite que dans les cas déterminés où l'ablation complète du mal est possible et en même temps lorsque toute action limitée au col serait insuffisante.

Cette opération n'est pas très difficile, si l'on suit certaines règles très simples; la suture du vagin, le drainage et les injections antiseptiques paraissent constituer le meilleur pansement. (*Acad. de méd.*, 12 juin.)

C'est là évidemment un simple début, ne permettant pas absolument de condamner le rejet de cette opération fait par nos devanciers; mais ces 3 succès, ajoutés aux 8 guérisons de M. Schrœder (de Berlin) sur 9 cas et aux 40 du professeur Calderini sur 62 opérations, permettront bientôt d'être plus affirmatif, s'ils se confirment en France. Il faut se demander en effet, avant tout, ce que deviennent ces femmes cancéreuses après un certain temps. La récidive, toujours à craindre et presque certaine, est le principal motif invoqué par les chirurgiens français pour la rejeter. Si donc les moyens actuels peuvent donner plus de sécurité à l'opération même et en rendre les suites immédiates plus favorables, ont-ils le pouvoir de prévenir la repullulation du cancer sur place ou ailleurs? Il faut attendre que le temps ait prononcé à cet égard. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

Il serait très dangereux, en effet, de compter à cet égard sur des statistiques aussi optimistes que la suivante, publiée tout récemment en Allemagne par le docteur Sanger. 143 extirpations de cet organe auraient donné 103 succès opératoires, savoir : 95 sur 133 cas de carcinome utérin, 4 sur 6 prolapsus de l'utérus et 4 pour fibromes. Cette statistique paraît aussi fabuleuse et décevante que celle de Lisfranc, autrefois démentie par son propre élève Pauly. Aussi les chirurgiens ne parlent que de succès opératoires : ce qui ne veut pas dire guérison. On réserve ainsi l'avenir et les éventualités de la récidive toujours menaçante. (*Archiv fur Gynækologie.*)

Beaucoup plus réservés sont les gynécologistes américains, qui, dans leur dernière réunion annuelle, à Philadelphie, le 18 septembre, sur la demande du docteur R. Jackson, de Chicago, si cette extirpation de l'utérus cancéreux était justifiable, ont répondu négativement, à cause de la récidive fréquente du cancer. Le diagnostic ne peut être établi assez

tôt pour la pratiquer avec espoir de guérison. Un seul membre, le docteur Sutton, de Pittsburg, croit que, en offrant la seule chance de vie, cette extirpation peut être pratiquée par les procédés de Schrœder et Martin. Dans ce cas même, ajoute l'auteur de la question, elle ne se recommande que par le soulagement ordinaire qu'elle procure aux malades. Il la compare autrement à la chance du joueur mettant la vie du patient à un hasard sans espoir. (*Boston. med. and surg. journal*, n° 13.)

Une extirpation vaginale de l'utérus a été pratiquée par le docteur Calderini (de Parme), le 15 janvier, sur une femme de 43 ans, atteinte d'un épithélioma du col depuis deux ans, s'étendant à tout le vagin. Toutes les parties atteintes furent excisées avec l'utérus, sans aucune complication opératoire ni consécutive. L'opérée quitta son lit trois semaines après et fut soumise en parfaite santé à l'Institut obstétrical de Parme, trente-trois jours après l'opération. Ce n'est pas là une garantie de non-récidive. (*Gazz. degli ospidali*, n° 19.)

Kolpohystérectomie. Nouveau nom donné par les Allemands à l'amputation du col de l'utérus. Dans leur ardeur à changer et modifier tout et à mettre leur empreinte, leur griffe sur toutes choses, ils transforment les noms et les procédés, comme en voici deux nouveaux exemples.

Modifications opératoires. Transportant à l'amputation partielle les principes appliqués par Schrœder à l'amputation totale, le docteur Fritsch commence par détacher latéralement l'utérus de ses attaches vaginales, avec ligature partielle des vaisseaux, bien préférable à la ligature en masse. Une anse de caoutchouc est ensuite passée autour du col, permettant d'attirer fortement l'utérus en bas, sans le danger des crochets ou des pinces, et tendant à modérer la perte du sang par la striction qui en résulte. Un mouvement de bascule, dont la priorité revient à Kraussold, facilite l'ablation de l'utérus, au lieu de le laisser pivoter en arrière. On lie alors les parties vaginales détachées au tissu utérin restant, aussi haut que possible, et l'on sectionne le col au-dessous. On peut ainsi enlever une grande étendue de l'organe malade, de manière à dépasser supérieurement les limites du néoplasme. (*Centralbl. f. Gynæk*, n° 15.)

Amputation de la portion vaginale du col. Au lieu d'appliquer cette opération au carcinome, P. Gerhardt la considère surtout comme indiquée contre la métrite chronique avec hypertrophie du col; le catarrhe cervical ancien, avec érosions folliculaires ou dégénérescence kystique; la sténose de l'orifice externe de l'utérus, causant la dysménorrhée ou la stérilité. Le rétrécissement de l'orifice utérin est souvent une des maladies les plus difficiles à traiter et des plus tenaces; la dilatation simple, les incisions ne donnent que des résultats incomplets, et c'est à une méthode radicale qu'on est forcé d'habitude à avoir recours.

En donnant la préférence au bistouri sur l'anse galvanocaustique et l'écraseur, l'auteur met trois conditions à son emploi dans ce cas : c'est de permettre la réunion par première intention, de mettre à l'abri de toute hémorrhagie et des accidents des plaies en général, de n'exiger comme traitement consécutif que l'ablation des sutures.

Des différentes méthodes préconisées à cet effet par tant de gynécologistes déjà, il s'arrête à la dernière de Fritsch, citée précédemment, en la résumant ainsi : Placement dans le décubitus dorsal; anesthésie inutile. Le col étant attiré avec des pinces, une incision est faite de chaque côté en allant jusqu'au niveau du cul-de-sac. Sur chacune des lèvres en résultant, une portion du tissu utérin est enlevée en forme de coin dont la base correspond à la surface du col et le sommet à l'orifice interne. On réunit simplement par des sutures les deux surfaces avivées, qui se portent au contact l'une de l'autre sans la moindre difficulté. (*Thèse inaugurale*, Halle Wittenberg, 1883.)

HYSTÉRIE. *Points hystérogènes.* Ils seraient un nouveau signe, d'après M. Charcot, pour diagnostiquer l'hystérie chez l'homme. Ils siègent presque toujours sur le thorax, parfois sur la tête, et présentent cette particularité remarquable que si l'on peut déterminer l'attaque en les comprimant, on les fait cesser également par ce moyen. Leur existence explique l'attitude de certains malades pour éviter cette pression accidentelle et tout contact avec ces points douloureux.

Un jeune garçon, soi-disant épileptique et que l'on croyait même atteint d'une tumeur cérébrale, présentait ce point

hystérogène dans la fosse iliaque. La pression, en faisant cesser l'attaque, en rendait la nature caractéristique. Il guérit ainsi en trois mois. Chez un autre jeune garçon observé à Bicêtre, atteint d'hémianesthésie, ce point très marqué était au bregma. Ses attaques complètes étaient suivies d'un délire triste. Il eut 595 attaques en neuf mois. Elles l'eussent fait succomber infailliblement si elles avaient été épileptiques.

Un garçon de treize ans, arrivant de Russie, offre tous les jours à la même heure une petite attaque, s'annonçant vers les trois heures, par l'exaspération d'une douleur de la région bregmatique. Il s'étend sur son lit, pleure et sanglote, et la crise est terminée.

Ce retour périodique est caractéristique de l'hystérie et exclut l'épilepsie. Une hémianesthésie droite et une achromatopsie du même côté, avec une douleur au-dessus du coccyx, en étaient la confirmation dans ce cas.

En raison même du sexe, le pronostic de ces cas est plus favorable que chez la femme, à condition de soustraire les malades à la sollicitude intempérante des parents. L'hydrothérapie, employée matin et soir et surtout au moment des crises, réussit généralement à amener la guérison, en y associant les moyens généraux. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, février.)

Angine de poitrine. Au lieu de l'angoisse et des étouffements qui sont le prélude des accès et en font partie intégrante, des accidents angineux ont été observés par le professeur Charcot, chez deux femmes. La crise se manifestait chez l'une par une douleur violente du petit doigt gauche, s'irradiant dans l'avant-bras, le bras et jusqu'au mamelon de ce côté, avec pouls insensible et refroidissement de cette moitié du corps. L'accès durait parfois plusieurs heures.

Chez la seconde, au contraire, cette crise était précédée d'un malaise général et débutait par une violente douleur brusque dans la région précordiale, avec angoisse extrême et terreur invincible, face livide et froide. La douleur s'irradiait ensuite vers le cou, le bras gauche, le petit doigt et jusqu'à la jambe. Son itinéraire était ainsi diamétralement opposé. L'accès, de dix à vingt minutes seulement, pouvait

se renouveler bientôt, avec réaction de la face, devenant rouge et chaude.

De véritables accidents d'angine de poitrine, répondant exactement à la variété vaso-motrice des Allemands, imitée de Cahen, peuvent donc se montrer sans que les malades perdent connaissance. On les combat efficacement par l'inhalation du nitrite d'amyle. (*Revue de méd.*, 1882.)

Coxalgie. L'extension au moyen d'un poids et d'une poulie sur le membre contracturé est employée par Bradford (de Boston , quand le poids du membre ne suffit pas par la marche avec des béquilles à ramener la cuisse dans l'état normal. (*Boston med. and surg. journ.*, 1882.)

Cautérisation du clitoris. Le professeur Friedreich l'a substituée à l'excision de cet organe avec succès. Elle doit être profonde, car, faite superficiellement, elle aggrave les symptômes. La douleur est intense, et la malade doit garder le lit. Huit femmes hystériques depuis plusieurs années, ayant des contractures, des névralgies, des paralysies, des troubles du cerveau et une aphonie datant de deux ans, y ont été soumises et guéries rapidement, alors que différents remèdes avaient été employés infructueusement. La cautérisation amena une guérison rapide, sans aucun trouble de la menstruation.

Ce moyen convient spécialement contre la manuélisation et devant la difficulté de découvrir cette cause, il n'est applicable qu'en dernier ressort. La turgescence du clitoris chez les petites filles, en rendant l'onanisme manifeste, peut en être une indication précise. En agissant sur les extrémités nerveuses de cet organe, on comprend que la cautérisation puisse diminuer ou supprimer les excitations dont il est le point de départ, et modifier heureusement le phénomène hystérique dont il est la source en certains cas. Trois à quatre cautérisations répétées à des intervalles de trois à dix jours agissent très efficacement contre la simple excitation nerveuse, les accès convulsifs, l'aphonie et la paraplégie surtout. (*Virchow's archiv*, fascicule XC).

De l'hystérie gastrique, par le docteur Lucien Déniau. L'estomac étant, de tous les organes, celui qui réunit la

plupart des fonctions du système nerveux, doit être atteint au premier chef par la névrose qui frappe le système nerveux tout entier. Elle est d'autant plus à étudier dans l'estomac qu'elle s'y rencontre à son début et y reste localisée. Son hérédité existe dans les organes comme dans les lésions. Si la plupart des hystériques accusent chez leurs ascendants une origine cérébrale, des affections stomacales se rencontrent dans les antécédents des malades atteints d'hystérie gastrique. Ses manifestations sont ainsi divisées en quatre groupes : anorexies, vomissements, gastralgie, tympanisme et dilatation de l'estomac, dont les caractères sont examinés dans autant de chapitres particuliers.

I

INJECTIONS. En localisant l'action médicamenteuse à volonté, elles entrent chaque jour davantage dans les habitudes médicales et étendent leur domaine pour en obtenir un effet rapide, immédiat. De la peau, elles ont passé aux muqueuses et aux organes profonds, comme aux tumeurs. Leur facilité d'application et leur innocuité augmentent journellement le nombre des médicaments qui y sont soumis. L'iodoforme, l'iodure de potassium ont été employés contre la syphilis, et l'acide hyperosmique contre les tumeurs. Elles ont même servi à la transfusion du sang. (Voy. *ce mot.*)

Injections sous-cutanées. L'intégrité absolue du tissu cellulaire sous-cutané a été constatée *post mortem*, par M. Gouguenheim, dans les points où avaient été pratiquées des injections de peptone mercurique ammonique. L'examen histologique du tissu cellulaire sous-cutané d'un typhoïdique, mort quatre jours après avoir reçu dans le même point 3 grammes d'une solution de quinine, a démontré également l'absence de toute lésion consécutive. (*Soc. de thérap.*, 9 mai.)

Injecteur hypodermique. C'est une grande simplification de la seringue de Pravaz et même de celle de Dieulafoy. Il a été

imaginé par le docteur Ward Cousins, chirurgien de l'hôpital royal de Portsmouth, et consiste en une aiguille creuse, ajustée sur un support élastique servant de poignée, laquelle est surmontée d'un petit ballon élastique. Le mécanisme en est tout simple. On aspire le liquide à injecter avec le ballon, dont la capacité graduée varie de une goutte à vingt, et, la piqûre étant faite, on n'a qu'à presser sur le ballon pour introduire le liquide. La simplicité et le bon marché de ce petit instrument, en forme de compte-gouttes, obvieraient à tous les impédiments de la seringue et à sa cherté, par la facilité de nettoyer et changer cet injecteur. (*Lancet*, 9 décembre 1882.)

Injections morphinées. Elles sont préconisées contre le mal de mer par le docteur P. Vincent, médecin de la compagnie royale Cunard. Leur emploi a toujours soulagé et amené un amendement de plusieurs heures et parfois une guérison parfaite. Pratiquées au début des vomissements, elles les ont arrêtés et permis de supporter tranquillement des traversées orageuses. (*British med. journ.*, 18 août.)

Il résulte d'une communication faite à la *Société française d'hygiène*, le 11 novembre 1881, par le docteur de Thèresopoles, qu'il a employé ce moyen sur lui-même avec succès, dans plusieurs traversées d'Amérique à Lisbonne, de 1875 à 1880. Une solution de 30 centigrammes de morphine dans 20 grammes d'eau distillée, dont il injecte 10 gouttes seulement à la région épigastrique, est tout le secret de ce spécifique infaillible. Une femme, enceinte de trois mois, voyageant sur le *Niger*, était si souffrante et menacée d'une fausse couche par la violence des vomissements, qu'il s'agissait de la descendre à Bahia, lorsque les 10 gouttes lui furent injectées. Les vomissements cessèrent aussitôt.

Plusieurs autres embarqués sur l'*Orénoque* furent guéris par le même moyen. (*Bull. de thérap.*, novembre.)

Danger pendant la grossesse. Voy. ce mot.

Innocuité. Elle a été solennellement proclamée, au Congrès de Rouen, par le docteur A. Voisin, chez les nerveux et les aliénés en particulier, comme elle l'avait été au précédent Congrès de La Rochelle. Le vrai remède aux accidents qui en ont été parfois la conséquence serait d'empêcher la vente

trop facile du médicament. Le renouvellement de l'ordonnance serait à exiger en particulier. Avec cette précaution, le procès relaté plus haut n'aurait pas eu lieu (Voy. Exercice). Il est déplorable pour la santé publique que des industriels puissent vendre sans entrave de la morphine et des seringues de Pravaz, en les exposant dans leurs vitrines.

La morphiomanie, a ajouté M. Bernheim, n'est pas à craindre chez les personnes auxquelles la morphine est donnée pour remédier à des douleurs intolérables; autrement dit, la morphine n'est pas dangereuse lorsque son emploi est indiqué. Il semble, en effet, que la douleur est son véritable antidote. Plus d'un gramme a été administré journellement pendant six mois à une femme qui souffrait horriblement d'un cancer utérin, sans aucun accident ni morphinisme. De même dans des névralgies rebelles. (*Association française*.)

Injections d'éther. *Paralysies.* L'adynamie à tous ses degrés étant la principale indication thérapeutique de ces injections, elles doivent être appliquées dans tous les cas. Les accidents passagers de paralysie en résultant, signalés l'année dernière, paraissent dépendre surtout de leur siège. En les pratiquant à la face dorsale de l'avant-bras, M. Lucas-Championnière a constaté une paralysie incomplète de l'annulaire droit, sans douleur, ni trouble de la sensibilité, ni phénomène inflammatoire au siège de l'injection pouvant en rendre compte. Tout trouble moteur avait disparu un mois après.

Bien que la pathogénie de ces paralysies échappe, il est indiqué par là de ne pas choisir ce siège en particulier. Les parties latérales du bassin, supérieure et externe de la cuisse, par l'épaisseur du tissu cellulaire, sont les régions les plus commodes et sûres à cet effet. Le contenu d'une seringue de Pravaz, représentant 28 à 30 centigrammes d'éther, peut être introduit sans danger et renouvelé cinq à six fois par jour par l'élimination rapide du liquide dans la respiration, comme on peut s'en convaincre par l'haleine du malade. La dose est en général de moitié chez l'enfant.

Des injections sous-cutanées d'éther dans les états adynamiques; thèse inaugurale par le docteur Ollivier; Paris.

Loupes. 5 à 10 gouttes d'éther pur, injectées lentement dans les tumeurs sébacées ou tannes du cuir chevelu et de la face, sont très efficacement employées par le docteur Vidal à l'hôpital Saint-Louis, de préférence à l'incision et à la décortication de ces petites tumeurs, et substituées avec avantage aux injections caustiques. Tout en agissant d'une manière identique, l'éther est moins sensible, et, par une action dissolvante spéciale, il détermine l'inflammation et la suppuration de la poche, qui est la condition de la guérison. Il suffit, après avoir introduit la pointe de l'aiguille dans l'orifice glandulaire le plus dilaté de la surface, de lui imprimer un mouvement de va-et-vient à l'intérieur pour en dissocier le contenu. On pousse lentement et goutte à goutte, en appliquant la pointe du doigt sur la piqûre, afin de prévenir l'issue du liquide en retirant l'aiguille. L'opération est renouvelée les jours suivants, jusqu'à ce que la rougeur et les élancements indiquent que la suppuration a commencé. Elle s'écoule par la petite ouverture à l'aide de légères pressions, et l'on obtient la disparition de ces loupes, petites et grosses, sans douleur, ni opération plus ou moins dangereuse. Une loupe du cuir chevelu, grosse comme un œuf de poule, traitée par M. Lermoyez, interne du service, a disparu ainsi en un mois, avec 10 injections. (*Bull. de thérap.*, novembre.)

Injections dans la trachée. L'absorption rapide des médicaments par les voies respiratoires a conduit le docteur Bergeron à pratiquer des injections dans la trachée, en cas de besoin pressant ou lorsqu'elles sont inapplicables autrement. Des liquides chargés de substances médicamenteuses, injectés au-dessous du larynx sur des vaches, des chevaux et des chiens, ont été très bien supportés, sans aucun trouble fonctionnel. Une solution de citrate de morphine a été injectée ainsi, au-dessous de la glotte, chez un phtisique. 25 ont été faites en 35 jours, sans aucun accident. L'aiguille a seulement besoin d'être pourvue d'un mandrin, pour que la lumière n'en soit pas oblitérée par l'introduction. (*Association française*, août.)

Injections interstitielles de l'utérus. Au lieu de les pratiquer dans la paroi abdominale ou de faire des badi-

geonnages sur cette région, pour combattre les affections utérines, Schücking porte directement l'agent médicamenteux dans le tissu utérin même, à l'aide d'une seringue de Pravaz, munie d'un très long piston, dont la pointe s'enfonce sans difficulté dans le col à travers un spéculum tubulaire. Une solution de 5 grammes d'ergotine et liqueur de Fowler dans 15 grammes d'eau a été ainsi employée contre les fibromes utérins, la subinvolution de l'utérus et ses déviations. La teinture est usitée contre l'engorgement du col et l'hypertrophie de ses glandes. Un mélange de teinture d'iode, de liqueur de Fowler et d'acide phénique est préconisé contre la métrite inflammatoire. Ces essais peuvent être suivis, mais avec de grandes précautions, la canule ou plutôt une aiguille en verre aussi longue pouvant se briser facilement dans ces manœuvres. (*Berlin. klin. Woch.*)

Injections d'acide phénique dans l'hydrocèle. En raison de ses propriétés indolores et peu irritantes, le docteur Their a employé l'acide phénique chez 13 malades de l'hôpital Bellevue de New-York et en ville. La dose fut de 2 à 7 grammes. 4 avaient une hydrocèle double, et les deux sacs furent injectés dans la même séance, sans déterminer la douleur produite par la solution iodurée. Le liquide s'est reproduit dans quelques cas, mais il n'y eut pas d'épanchement secondaire dans les autres; un épaississement de toute la tunique vaginale le remplaça, pour disparaître entièrement en trois à quatre semaines. Il n'y eut qu'un seul insuccès. Jamais l'urine examinée après l'injection n'a présenté d'acide phénique. (*The med. Tribune.*)

J

JURISPRUDENCE. *Secret médical.* Un médecin de Bordeaux, s'attribuant par de pompeuses réclames la possession d'un moyen spécial et infaillible pour détruire la stérilité, réclamait une somme de 1500 francs aux époux A..., à titre d'honoraires, pour une opération de fécondation artificielle, quoiqu'elle n'eût pas réussi. Ses clients ayant refusé, il les actionna judiciairement, en alléguant que l'opérée s'était

fait avorter. De là, demande reconventionnelle de dommages-intérêts pour diffamation.

Le tribunal civil de Bordeaux, présidé par M. Faye, a rendu le 27 août un jugement motivé sur de longs considérants, dont les principaux sont « de blâmer l'immoralité de la fécondation artificielle, en ce qu'elle place un intermédiaire entre le mari et la femme, usant de moyens artificiels que réprouve la loi naturelle et pouvant même, en cas d'abus, créer un danger social, » etc.

Et, montrant l'invraisemblance de l'accusation de Lajartre contre la femme d'avoir essayé de se faire avorter, alors qu'elle avait poussé le désir de la maternité jusqu'à subir une opération de cette nature, il a débouté le demandeur, en le déclarant non recevable et mal fondé dans sa demande, et l'a condamné à tous les dépens, à titre de dommages-intérêts.

Ce jugement signale, il est vrai, le tort du médecin d'avoir « dévoilé dans son assignation le caractère intime de l'opération qu'il avait pratiquée sur une femme dans le secret, entrant même dans les détails les plus minutieux, malgré la réserve que lui imposait sa profession et dont la loi même lui fait un devoir. » Mais on se demande si le tribunal n'a pas excédé ses pouvoirs en ne se tenant pas exclusivement à ce point légal. Il suffisait amplement à la condamnation d'un charlatan, et, si la fécondation artificielle présente des dangers, ce n'est que dans ces circonstances. Elle a été pratiquée assez souvent et avec succès pour que l'utilité en soit scientifiquement reconnue et constatée. Le blâme du tribunal n'y peut donc rien faire, et les juges fussent restés rigoureusement dans leur rôle en n'abordant pas cette question.

Réquisition pour flagrant délit. Cette question délicate et importante s'est jugée contradictoirement à Epinal pour le fait suivant : Deux individus se battent dans une auberge de village ; l'un d'eux est blessé. On court chercher un médecin, qui se rend le soir même auprès du blessé et lui donne ses soins. C'était le docteur Lardier, de Rambervilliers.

Trois jours après, la gendarmerie apprend par hasard cette rixe et veut se faire renseigner sur l'état du blessé par

le médecin traitant. Il refuse son concours à la justice, prétendant qu'il n'était pas obligatoire. Le docteur Pernet est requis et refuse de même, ainsi que le docteur Fournier, requis en troisième lieu cinq jours après l'accident.

Stupéfaite de ce refus opiniâtre, de cette grève médicale, la gendarmerie en réfère au procureur de la République, qui réclame par réquisition télégraphique le concours des trois délinquants pour un rapport médical. Sur leur refus persistant, procès-verbal est dressé contre eux, et ils sont cités en simple police.

Leur défense consiste à arguer qu'ils ne tombent en aucune façon sous le coup de l'article 275, paragraphe 12, du Code pénal, c'est-à-dire qu'il n'existait ni naufrage, ni inondation, ni calamité publique, dans le cas où ils avaient été légalement requis. Le flagrant délit, en un mot, n'existait pas. Le juge de paix en jugea autrement, et ils furent tous trois condamnés à 6 francs d'amende et solidairement aux frais.

Le docteur Fournier seul, âgé et n'exerçant plus, ne fut condamné qu'à un franc, qu'il paya, sans se pourvoir en appel, comme ses deux confrères le firent immédiatement.

L'avocat, M. Maud'heu, voyant dans les faits du procès un point litigieux et un article du Code prêtant à la controverse, a tenu à honneur d'obtenir de la cour d'Epinal un arrêt réglant le point de droit visé et pouvant servir de précédent à l'occasion. Le jugement, mis en délibéré le 16 décembre 1882, fut rendu le 25, cassant celui du juge de paix pour vice de forme et de fond. Les deux appelants furent acquittés sans dépens. Ils avaient donc eu raison de refuser leur concours à la justice, autant pour eux que pour tous les praticiens pouvant se trouver dans le même cas. Le côté comique de l'affaire est que le docteur Fournier, avec des circonstances atténuantes, reste seul coupable. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Montpellier.*)

Les médecins et la loi du 19 ventôse an XI, par M. René Roland, professeur à la Faculté de droit de Lille; un petit volume in-12, Paris 1882.

Exposé des droits et des obligations du médecin, actuellement en vigueur d'après cette loi et consacrés par l'usage ou tombés en désuétude.

K

KAIRINE. Nouvel antipyrétique dont la découverte, faite l'année dernière par Fischer (de Munich), constitue l'événement thérapeutique du jour, comme succédané du quinquina. Introduit aussitôt dans la thérapeutique par le professeur Filehne (d'Erlangen), d'après des expériences faites d'abord sur les animaux et consécutivement chez l'homme dans la clinique du professeur Leube, ce médicament semble promettre les plus grandes espérances comme antithermique.

Comme la quinine, c'est un dérivé de la quinoline, dont la constitution chimique $C^{10}H^{13}NO$ constitue le méthylhydrure d'oxyquinoline. Le chlorhydrate employé exclusivement se présente sous forme d'une poudre cristalline d'un gris jaunâtre, soluble dans l'eau, désagréable à prendre par sa saveur amère et salée ; d'où son administration dans du pain azyme ou plutôt des cachets.

A la dose de 1 gr. 50 chez un sujet sain, il n'exerce aucune action physiologique appréciable. Quatre doses de 50 centigrammes ont été administrées par Drasche à un individu bien portant, sans effet physiologique. Deux doses de plus ont abaissé la température de 1°, 6 avec sueur et frisson violent ensuite. Urine légèrement verdâtre, diarrhée avec sécheresse de la gorge et diminution de l'appétit en ont été les seuls effets.

Chez les fébricitants, au contraire, il abaisse la température. Donné de 30 à 50 centigrammes toutes les heures ou un peu plus, chez un malade de force moyenne, il abaisse immédiatement la température d'un demi-degré à deux degrés C. après la première dose, et descend à la normale, sinon au-dessous, après les suivantes. Des sueurs abondantes s'ensuivent, pour cesser dès que la température reprend son chiffre physiologique.

Une sensation marquée de bien-être en résulte chez les malades pendant l'apyrexie; mais, pour maintenir le pouls à sa fréquence normale, il faut en continuer l'usage, sinon la fièvre reparaît aussitôt, accompagnée de frissons. Tant que la température axillaire marque 38°, l'administration

du médicament à 25 centigrammes seulement toutes les une ou deux heures suffit à prévenir les accès et surtout le frisson. Cette méthode doit être principalement observée le soir. Des doses de la moitié ou du quart suffisent chez les sujets débiles ou affaiblis; l'abaissement de la température en est la plus sûre mesure.

Ce médicament est bien toléré et n'a produit que très rarement des vomissements. Aucun malade n'a éprouvé de vertiges ni d'étourdissements, dont le sulfate de quinine et le salicylate de soude sont passibles. L'excès des doses a seul déterminé la cyanose et le collapsus : d'où la prudence nécessaire à observer dans son emploi. La coloration verdâtre et brunâtre de l'urine en est le résultat.

Toutes les maladies fébriles en sont heureusement influencées. Son succès constant dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la septicémie, la tuberculose et la pneumonie franche, obtenu par Filehne, en est la preuve. Ewald (de Berlin) l'a trouvé utile, dans la pneumonie, contre la température et la maladie elle-même. Administré à 20, 30 et 50 centigrammes par Drasche à des pneumoniques, il a fait baisser rapidement la température, sans frisson, tandis qu'il en produit chez d'autres. Plus la dose est forte, plus cet accident a lieu, tandis que l'abaissement de la température est moins marqué. La fièvre en est toujours heureusement influencée.

Deux érysipèles traités de la même manière ont donné des résultats identiques. La fièvre tuberculeuse n'en est modifiée qu'à haute dose, et la toux en est exaspérée. L'influence en a été comparativement plus efficace que le sulfate de quinine; mais les hautes doses ont toujours le danger de produire le frisson et le collapsus.

Les effets antithermiques avec de petites doses de 20 centigrammes d'heure en heure ont surtout été appréciables dans la fièvre typhoïde; mais son usage continu peut avoir des dangers par son influence sur le cœur. Ces premiers essais, à Vienne comme à Berlin, montrent donc que ce médicament ne doit pas être employé légèrement.

Les tentatives faites à l'hôpital Saint-Antoine par M. Hallopeau, chez deux pneumoniques et un phtisique, ont confirmé très nettement ses propriétés antithermiques, comme nous l'avons déjà signalé. Voy. Fièvres.

Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du chlorhydrate de kairine, thèse inaugurale, par le docteur Girat; Paris. Compte rendu d'expériences faites sur des grenouilles et quelques autres animaux, dont les résultats n'ont aucune importance après les essais thérapeutiques réalisés sur l'homme.

KYSTES. Sous le nom de *papillary cysts*, le docteur Doran comprend les tumeurs plus ou moins sessiles, ayant pour origine le corps de Wolff dans le ligament large ou provenant du hile de l'ovaire. Elles contiennent toujours un liquide limpide et exempt de glaires. La présence de l'ovaire dans leur pédicule montre que ces tumeurs proviennent exclusivement de cet organe, qu'elles détruisent par propagation ou compression. Ce caractère les distingue des kystes provenant du corps de Wolff. (*Transact. of the pathol. Society*, 1882.)

Kystes hydatiques. L'*action traumatique* sur leur développement, signalée depuis quelques années, s'affirme d'une manière irréfutable, bien que la formation en reste obscure. Le docteur Kirmisson en a observé un exemple démonstratif à l'hôpital Saint-Louis sur un homme de vingt-huit ans, porteur d'une volumineuse tumeur de la région épigastrique, survenue trois mois auparavant, à la suite d'un violent coup de pied de cheval reçu à cet endroit le 25 mai. Quoique traité efficacement aussitôt à l'hôpital Beaujon, une tumeur existait dès sa sortie et ne cessa d'augmenter ensuite pendant sa convalescence à Vincennes.

A l'examen, le 27 août, cette tumeur occupe la région épigastrique, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic et du rebord des fausses côtes d'un côté à l'autre. D'une matité absolue, elle offre à la main une sensation de battements, sans mouvement d'expansion. Peau normale, sans chaleur ni rougeur, et très mobile. Sa consistance, ferme et résistante en général, est plus molle à gauche et très douloureuse à la pression, surtout après le repas. Urines normales, sans sucre ni albumine. Cette tumeur devenant de plus en plus gênante par son accroissement rapide, une ponction, pratiquée le 11 septembre, donne un litre et demi d'un liquide clair comme de l'eau de roche, avec les caractères du liquide hydatique.

La tumeur s'affaissa, pour reparaître huit jours après. Elle menaçait de revenir rapidement à ses dimensions primitives, lorsque, dans la nuit du 22 au 23 septembre, le malade fut pris de violentes coliques, suivies d'une selle diarrhéique qui fit disparaître la tumeur. Elle ne reparut pas, et, l'état du malade s'améliorant, il quitta l'hôpital le 30 septembre. (*Archiv. de méd.*, novembre.)

— *de la base du crâne.* Le 10 mai dernier entrait à l'hôpital Cochin un homme de quarante-trois ans, atteint de paralysie, avec atrophie et rétraction musculaire de la moitié gauche de la face. Du ptosis et du strabisme externe de l'œil avec anesthésie sensitivo-sensorielle existaient aussi du même côté, ainsi qu'une tumeur d'apparence ganglionnaire vers l'angle de la mâchoire. Robuste et d'une bonne santé, cet homme n'était ni tuberculeux ni syphilitique. Une céphalalgie intense et persistante s'était montrée, il y trois ans, en s'accompagnant bientôt graduellement des accidents actuels. Depuis six semaines, cet homme disait rendre en se mouchant des espèces de grains de raisin qui, à l'examen, se montrèrent des hydatides provenant d'un kyste s'ouvrant dans les fosses nasales.

M. Bucquoy pratiqua l'ouverture de la poche saillante à la région cervicale, avec issue d'hydatides de grosseur variable, et l'opéré s'est bientôt trouvé guéri de tous ses accidents. Une petite fistule persiste seule au niveau de l'incision, avec rétraction et faiblesse du masséter. Une nouvelle hydatide a été rendue depuis, par le nez, et l'on peut craindre ainsi que, le kyste n'étant pas détruit et ne pouvant l'être, ces acéphalocystes ne se reproduisent et ne déterminent de nouveaux accidents cérébraux. La guérison ne peut être assurée que par l'élimination de la poche ou sa destruction sur place, d'après M. E. Labbé. Mais des faits de guérison spontanée infirment cette opinion trop exclusive. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 novembre.)

— *de l'orbite.* Dans un premier cas, observé par le docteur Chauvel, il y avait exophthalmos, déviation du globe oculaire et névrite optique. La ponction amena du soulagement; mais il y eut récidive, et la tumeur fit un jour spontanément saillie à l'ouverture de la ponction restée fis-

tuleuse. C'est donc là une indication positive de ne pas la fermer.

Ce fut la diplopie et des névralgies sus-orbitaires très violentes qui se présentèrent dans le cas de M. Dieu. L'exophthalmos n'apparut qu'un an après. La ponction donna un liquide clair, et une incision permit la sortie spontanée de la poche. La guérison fut alors complète, sauf l'atrophie papillaire antérieure troublant la vision.

Plus fréquents chez l'homme que chez la femme, ces kystes n'ont jamais de frémissement hydatique. Des névralgies sus-orbitaires intenses, avec tendance au sommeil et de l'inflammation de voisinage, en sont les principaux symptômes. La ponction rend seule le diagnostic possible. La vue en est très menacée : trois opérés seulement en ont conservé l'intégrité ensuite. La gravité augmente avec le temps : d'où l'indication de faire la ponction exploratrice aussitôt que possible en plaçant une mèche dans l'ouverture. (*Soc. de chir.*, 28 novembre.)

— *de la prostate.* Un homme de quarante-trois ans entrait d'urgence à l'hôpital Beaujon, le 23 septembre 1882, pour une rétention complète d'urine, avec douleurs de reins et du bassin. Une sonde en caoutchouc passe et vide la vessie; mais, la sonde métallique étant arrêtée, M. Tillaux explore la prostate et constate une hypertrophie si considérable de cette glande qu'elle arrivait jusque sur le sacrum. La fluctuation de la tumeur indiquant une collection liquide, une incision est pratiquée le 9 octobre à l'aide du spéculum rectal. Un flot de liquide rougeâtre si abondant en résulta que les assistants crurent à une ouverture de la vessie. Le toucher de la plaie révéla une loge cloisonnée. Le lendemain, des hydatides étaient constatées dans le liquide du rectum, dont il sortit une quantité considérable. L'opéré se trouva guéri en peu de jours et quitta l'hôpital.

Devant l'étrangeté du fait et sa rareté, on a objecté que ce kyste devait siéger plutôt dans le tissu cellulaire environnant la glande, sinon dans les muscles adjacents, où les hydatides se logent de préférence. Ainsi des kystes hydatiques ont été observés dans le plancher du bassin, avec des signes analogues à ceux observés dans le cas précédent.

M. Terrier a opéré un étudiant en médecine d'un kyste hydatique énorme du périnée, avec troubles de la miction analogues à ceux signalés. Mais il ne s'agit pas de ces cas, suivant M. Tillaux, qui a constaté le siège même du kyste dans le lobe droit de la prostate. Il en a exploré les loges dans la glande même.

D'ailleurs, un cas analogue a été observé par M. Nicaise. C'était une tumeur fluctuante, volumineuse et régulière, déterminant des troubles de la miction. Une ponction donna issue à du liquide où se trouvaient également des hydatides. Elles peuvent donc se former dans cette glande. (*Soc. de chir.*, 7 février.)

Kystes de l'ovaire. La *congestion* et l'*inflammation* même n'en déterminent pas toujours les adhérences. Les injections iodées, répétées trois fois chez une opérée de M. Lucas-Championnière, n'en avaient pas produit, quoique la malade eût beaucoup souffert. Après deux accouchements suivis de phénomènes de pelvipéritonite assez intenses, une autre opérée n'en présentait pas davantage et guérit parfaitement. Elle devint même enceinte, et son accouchement, quinze mois après l'ovariotomie, eut lieu sans les accidents qui s'étaient présentés lors des deux premiers. C'est donc là un point capital pour l'excision de ces kystes.

Dans un kyste de l'ovaire suppuré depuis deux mois et dont l'inflammation antérieure était incontestable par des douleurs vives et une température dépassant 39°, on pouvait redouter les adhérences après un pareil orage inflammatoire. Ce kyste, contenant 9 litres de pus, n'avait cependant aucune adhérence. Son large pédicule fut la principale difficulté opératoire. Toutes les apparences de péritonite ne doivent donc pas empêcher de faire carrément l'incision exploratrice. Les irritations locales, comme les excès de coït et les grossesses répétées, ont bien plus d'influence sur le développement de ces kystes que sur la formation d'adhérences. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juin.)

Le *contenu huileux* en a été constaté dans un kyste uniloculaire de l'ovaire, ponctionné le 2 octobre par M. Delens, chez une femme de soixante-quatorze ans, entrée à l'hôpital Tenon. Il formait une tumeur régulièrement arrondie, ayant presque le volume d'une tête d'adulte, manifestement fluc-

tuante. Le liquide extrait était d'un blanc jaunâtre, exclusivement formé d'huile, qui, par sa coagulation dans le tube aspirateur, obstrua bientôt celui-ci. Il fallut chauffer l'appareil pour en obtenir environ 400 grammes. Dans le verre à expérience, il est d'un jaune ambré, d'une transparence parfaite et tache les papiers comme les corps gras. Il est dissous par l'éther sans aucun résidu. L'acide nitrique, même en excès, n'y produit aucun changement, et le microscope n'y révèle ni corpuscules figurés, ni cristaux. Par le refroidissement, il se prend en une masse solide, d'un aspect analogue au beurre de cacao.

Un seul cas semblable en a été publié par Merriman en 1819. Ponctionné par le rectum, il avait donné issue à un liquide huileux spontanément coagulable, et, la mort étant survenue ensuite, l'autopsie avait constaté un kyste ovarique renfermant des cheveux et des dents. Le siège n'a pu en être vérifié dans le cas actuel, car, après la guérison de son prolapsus rectal et la ponction du kyste, cette femme était sortie de l'hôpital, le 22 novembre, se déclarant très satisfaite de son état. (*Revue de chir.*, décembre.)

Kystes lymphatiques du cou. Ils se confondent avec les abcès ganglionnaires froids. Trois tumeurs, absolument indolentes, bosselées, mobiles, sans connexion intime avec les parties profondes, furent ainsi rencontrées par M. Terrillon sous le sterno-mastoïdien d'une jeune fille. Leur apparition remontait seulement à trois mois. D'où le diagnostic de tumeurs ganglionnaires. Ayant continué à grossir, malgré un traitement topique, on trouva, par la décortication, des kystes adhérents aux gros vaisseaux. Ils étaient cloisonnés et contenaient un liquide citrin et transparent. Un épithélium cubique ou cylindrique en tapissait la surface interne, de même que les petites cavités existant dans leurs parois. Ce ne sont donc pas là les kystes ordinaires du cou, puisque ceux-ci paraissent se développer dans un ganglion, comme Richard l'a constaté dans un cas et M. Verneuil dans un autre. D'après l'examen histologique, M. Ranvier a comparé la dégénérescence curieuse de leurs parois à celle de certains kystes multiloculaires de l'ovaire. Ils constitueraient dès lors un épithélioma kystique, comme ceux-ci.

Mais cette origine lymphatique est contestée par M. Lannelongue, qui a rencontré des caractères histologiques analogues dans les kystes congénitaux du cou, par l'examen de sept ou huit cas. Ce sont des productions épithéliales qui se creusent, provenant des lymphatiques, d'après les Allemands, et d'origine vasculaire, d'après les anatomistes français. L'absence de l'épithélium crénelé, caractéristique des lymphatiques, en serait la distinction principale. On peut juger par ces caractères histologiques, instables et variables, contestables même, combien ils importent peu au traitement et à la guérison de ces kystes. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Kystes dermoïdes sublinguaux. Un exemple, observé sur une fille de 21 ans, dans la clinique de la Charité, a conduit l'interne, M. Ozenne, à rappeler l'historique de cette question d'après les 21 faits analogues publiés jusqu'ici. Ils lui ont servi à tracer le tableau clinique de cette affection et à la distinguer des diverses tumeurs du plancher de la bouche, surtout à l'aide des caractères histologiques nouvellement établis. Après l'origine congénitale, c'est une maladie de l'adolescence, par son développement de 15 à 35 ans. Il n'y a que deux exceptions à cette règle. Le volume et surtout la consistance, la couleur même d'un blanc jaunâtre de ces kystes les distinguent. En gênant la mastication et la déglutition, la voix en étant surtout altérée, les malades demandent ordinairement du secours. Une tumeur opaque, molle, de consistance pâteuse, indolente, conservant l'empreinte du doigt, placée sur la ligne médiane et dont le développement lent remonte souvent à l'enfance, voilà les meilleurs caractères. Ils sont aussi à différencier de la grenouillette, surtout chronique, des kystes séreux et hydatiques et des lipomes. L'excision en est le plus sûr et le meilleur traitement. (*Archiv. de méd.*, mars.)

Pathogénie. En rappelant l'origine branchiale des kystes dermoïdes de la queue du sourcil, au niveau de la fente fronto-maxillaire ou fronto-orbitaire, M. Nicaise a montré une origine semblable dans un kyste canaliculé du plancher de la bouche. Il a trouvé un canal dermoïde étendu de la symphyse à la tumeur, siégeant au niveau de la face

inférieure de la pointe de la langue. Les parois en étaient cellulo-fibreuses. Dans beaucoup de kystes dermoïdes, comme celui présenté par M. Heurtaux, il y a inclusion d'un simple lambeau de peau, dont les produits de sécrétion, en refoulant les tissus voisins, forment un kyste constitué par la peau dans une partie de son étendue. Cette composition n'avait pas encore été signalée. (*Association française*, août.)

Kyste du pancréas. Voici le procédé suivi par Gussenbauer l'an dernier pour ouvrir ce kyste, dont un exemple bien authentique a été rapporté en 1881. Après avoir incisé les parois abdominales sur la ligne médiane, il détacha l'estomac du côlon transverse. Puis, suturant le péritoine pariétal avec de la soie à la paroi du kyste, il incisa celui-ci, après une ponction exploratrice ayant donné un liquide semblable à de l'encre de Chine. Il s'écoula 1 900 centimètres cubes de sang altéré. Après irrigation, la plaie fut pansée antiseptiquement.

Un eczéma étendu s'étant développé autour de la plaie, on examina le liquide venant de la profondeur. Il était alcalin, digérait l'albumine et transformait l'amidon en sucre : ce qui prouva que le kyste dépendait du pancréas. (*Soc. allemande de chir.*, avril.)

Myxome kystique du testicule. La présence de kystes dans les tumeurs du testicule n'offre aucune garantie de bénignité, selon les chirurgiens actuels. Ils se rencontrent dans les divers myxomes, enchondromes, épithéliomes de cet organe, d'après M. Poncet, et n'en sont jamais qu'une partie accessoire. Formée exclusivement de kystes dans un cas opéré par M. Terrier, la tumeur n'en récidiva pas moins rapidement, et détermina la mort. Elle arriva par généralisation sur la plèvre dans un cas analogue, opéré par M. Tillaux. Il n'y a donc ni sécurité ni espoir à fonder sur ce caractère accessoire. L'hypertrophie simple, avec kystes, dont il existe quatre ou cinq observations, pourrait seule être suivie de guérison définitive. Un garçon de vingt-deux ans, opéré il y a deux ans d'une tumeur myxomateuse et épithéliomateuse, avec de nombreux kystes, ne peut ainsi être considéré à l'abri de la récidive. (*Soc. de chirurg.*, février.)

Kystes des grandes lèvres. *Ligature élastique.* Un petit trocart courbe, imaginé par M. Chéron, lui sert à cet effet. En traversant le kyste de haut en bas, on introduit un fil carré d'un millimètre dans la canule, et, après avoir retiré celle-ci, les extrémités du fil sont passées dans les ouvertures d'un petit bouton en buis ou nœud artificiel. Deux encoches placées sur les parties latérales servent à les fixer avec une striction suffisante. Les malades peuvent être opérées séance tenante à l'hôpital et renvoyées ensuite à leurs occupations. Le fil est resserré tous les deux ou trois jours, et, dix à douze jours après, la cicatrisation est complète de la profondeur à la superficie. (*Thèse inaugurale*, par le docteur Maugey; Paris, 1882.)

Maladie kystique des mamelles. Sous ce nouveau nom, le docteur P. Reclus décrit une affection qui semble se confondre avec les kystes bénins du sein. Les chirurgiens signalent ainsi des kystes séreux, uniques ou multiples, et parfois si nombreux que Paget les a rencontrés épars dans la substance glandulaire. Tous sont d'accord sur leur bénignité, et c'est en les ponctionnant, en les injectant que l'on s'en débarrasse. Ce n'est pas que tous les kystes soient bénins, puisqu'il s'en développe dans les tumeurs malignes. Telle est la raison qui peut faire distinguer ceux-ci.

Elle présente deux caractères bien nets : la multiplicité considérable de ces petits kystes, occupant la glande tout entière, de la périphérie au centre, avec des kystes épars dans tous les lobes. Souvent même, les deux mamelles en sont atteintes simultanément ou consécutivement. Il ne s'agit que d'attendre pour confirmer cette règle : c'en est le second caractère.

6 observations citées à l'appui démontrent l'apparition d'une petite tumeur, arrondie, très dure, difficilement isolable, avec de petites nodosités, comme des grains de plomb, perceptibles autour et parsemées dans les autres parties de la glande. Absence de douleur à la pression; aucune altération de la peau. On opère, craignant une tumeur maligne, et l'on trouve un kyste à contenu liquide, à parois minces, lisses, dont les parties environnantes, enlevées conjointement, présentent de petites cavités du volume d'un pois. La cicatrisation se fait sans encombre ; mais la récidive se ma-

nifeste ensuite dans le tissu glandulaire laissé en place. On opère de nouveau, et l'autre glande se prend de même. On s'arrête, et les opérées ont survécu ainsi de cinq à huit ans, sans aucune trace de cachexie.

La multiplicité de ces kystes semble donc la seule différence avec les cas où il n'en existe qu'un. Mais cette maladie est aussi exempte de dégénérescence. D'où l'indication de ne pas se presser à opérer en pareil cas. L'histologie différencie plus cette maladie des kystes ordinaires que la clinique. (*Revue de chir.*, octobre.)

L

LATHYRISME. Nouvelle entité nosologique, dont la cause et l'action sont analogues à l'*ergotisme*. Elle résulte de l'usage alimentaire de la gesse chiche ou *Lathyrus cicera*, dont les effets toxiques ont été depuis longtemps signalés par les vétérinaires chez les animaux en faisant usage, les chevaux en particulier. Des médecins en avaient même observé les accidents chez l'homme, sans que l'on en ait fait une maladie spéciale. En l'observant sur les populations misérables des montagnes de la Kabylie, qui, par l'insuffisance de la récolte de froment, sont obligées de recourir en assez forte partie à cette graine, qu'ils mélangent en plus ou moins grande proportion au froment, pour suffire à leur subsistance, le docteur Prengrueber, médecin de colonisation à Palestro, a pu en faire la description clinique par le grand nombre d'exemples qui se sont offerts à lui sous forme d'endémie. Vérifiée par le docteur Proust, envoyé à cet effet, elle offre les symptômes suivants, surtout quand le froid humide agit sur ces organismes débilités. C'est du moins la cause déterminante qu'il attribue à son apparition brusque.

Les premières manifestations ont brusquement débuté après une nuit froide, humide, par un accès de fièvre, douleurs de reins et phénomènes paralytiques du mouvement, parfois de la sensibilité des membres inférieurs et de la vessie, intéressant jusqu'aux organes génitaux. La marche est rendue difficile et se fait sur la pointe du pied, les ta-

lons ne touchant pas le sol ; les membres inférieurs sont raides, les orteils recourbés, les ongles usés. Les pieds sont dans l'extension et l'adduction. Le gros orteil est le siège de cicatrices résultant d'écorchures. Le réflexe tendineux, les mouvements épileptoïdes, obtenus par le redressement du pied, sont exagérés. Les mouvements réflexes des membres inférieurs, du gauche principalement, sont quelquefois tellement exagérés, que, sous l'influence de la moindre cause, les jambes s'agitent comme les feuilles d'un arbre secoué par le vent.

De ces différents malades, quelques-uns sont aujourd'hui parfaitement guéris, les uns sans avoir subi aucun traitement, les autres après avoir été soumis à des pointes de feu sur la colonne vertébrale, badigeonnage de teinture d'iode et d'huile de croton, strychnine, en même temps que l'usage du bromure de potassium à la dose de 2 à 3 grammes. Quant au seigle ergoté, après une première dose de 20 à 50 centigrammes, on en surveillait les effets attentivement, et, selon les cas, l'usage en était renouvelé, en le faisant suivre toujours de quelques jours de repos. L'observation de ces prescriptions et les résultats obtenus de cette médication permettent d'affirmer que la maladie est parfaitement curable.

Elle affecte toujours une forme épidémique. Un grand nombre d'individus sont atteints simultanément à la même époque, mars et avril, sans que les Européens placés près des tribus aient jamais offert un seul cas de cette affection. On l'appelle la maladie des *djilbes*, du nom même de ces graines, dont les Européens ne font jamais usage. La syphilis, le saturnisme, l'alcoolisme, taxés successivement de la déterminer, ne sauraient la produire. Il n'en est pas de même de l'action du froid, car c'est en janvier, février et mars que les torrents débordent et que les indigènes sont obligés de traverser les rivières, ayant souvent de l'eau jusqu'aux aisselles, pour rejoindre leurs tribus. C'est là la cause déterminante, après l'emploi de cette légumineuse, comme Cantani le premier l'a reconnue. Tous les Kabyles mangeant du *Lathyrus cicera* y sont exposés, d'après M. Bourlier, et les 25 000 indigènes composant la circonscription de Palestro emploient les djilbes comme aliment. L'examen n'a fait reconnaître aucune avarie, ni la

présence d'aucune moisissure ni parasite pouvant donner lieu aux accidents.

Divers expérimentateurs, ayant donné à de petits animaux la farine de ces graines, ont tous vu la mort s'ensuivre, avec des accidents paralytiques. La matière résineuse, administrée à de gros lapins par le docteur Teilleux, détermina bientôt l'impossibilité de ramener la partie postérieure du corps et provoqua en outre quelques soubresauts tétaniques. La mort survint quatre jours après. La paralysie du train postérieur a été le phénomène prédominant.

Le défaut d'examen anatomique ne permet de juger la nature de cette affection que par les phénomènes observés. Ils ressemblent à une myélite transverse ou à une hémorrhagie de la moelle, avec dégénérescence secondaire des cordons latéraux, dans quelques cas, puisque certains malades ont guéri et que d'autres se sont améliorés spontanément. Ce serait donc là une maladie d'alimentation, comme le scorbut et l'ergotisme d'autrefois, bien connus comme tels et devenus très rares par les progrès de la civilisation. Il suffira que la famine n'existe plus parmi ces tribus pour que la maladie disparaisse.

Des recherches faites par M. Bouley sur l'alimentation des chevaux avec la jarosse, légumineuse très voisine du *Lathyrus cicera*, il résulte que son usage rend ces animaux cornards, les expose à l'asphyxie, aux faiblesses de reins et à la paralysie de l'arrière-train. Un fait démonstratif en a été observé par M. Verrier, en 1867, dans une écurie contenant 150 chevaux. Deux litres de jarosse furent donnés chaque jour à 45 ; peu de temps après, plus de la moitié étaient atteints de paralysie, de cornage, et moururent pour la plupart. Autant de symptômes de lésions de la moelle épinière. (*Acad. de méd.*, juillet.)

LEUCOCYTHÉMIE. *L'arsenic* paraît avoir fait merveille dans plusieurs cas de cet état particulier du sang, où les globules rouges et blancs ne sont plus dans leurs proportions normales. Dans un cas de leucémie lymphatique encore peu avancée, le docteur Wafvinge (de Stockholm), l'ayant administré par la voie stomacale et hypodermique, voyait son malade s'améliorer rapidement et quitter l'hôpital trois mois après, parfaitement guéri en apparence.

Les ganglions avaient repris leur volume normal, et les globules rouges atteignaient le chiffre ordinaire.

Chez un autre malade ayant une rate énorme, avec des globules blancs et rouges en nombre égal, il suffit d'un traitement arsenical de douze semaines pour diminuer considérablement la rate et réduire à un 14e le nombre des globules blancs sur les rouges. Quelques injections de liqueur de Fowler dans la rate furent pratiquées sans inconvénient pour consolider la guérison.

Dans 3 autres cas analogues, la cachexie et le marasme étant arrivés à un haut degré, malgré l'administration de l'iodure de fer, l'usage de l'arsenic pendant cinq semaines amena une amélioration très marquée, et les ganglions diminuaient sensiblement. Il en fut de même dans plusieurs cas d'anémie pernicieuse progressive, dont le siège restait inappréciable. Un long et inutile essai du fer et des toniques fut bientôt suivi d'une amélioration marquée par la substitution de l'arsenic. Tous les malades ne guérissaient pas uniformément sans doute; mais des succès si évidents se manifestèrent qu'il est difficile de ne pas les rapporter à l'usage de ce médicament. (*Nord. med. Ark.* et *Bulletin de thér.*, décembre.)

L'arsenic a encore réussi contre un engorgement généralisé des ganglions lymphatiques, chez un Irlandais de quarante-trois ans, très robuste, n'ayant eu que les fièvres trente ans auparavant. Le premier apparut, comme une noisette, près du coude droit, puis ceux du cou se prirent, et successivement ceux des aisselles et de l'aine. C'était un véritable lymphadénome.

Admis à l'hôpital Christchurch (Nouvelle-Zélande), le 22 mars, cet homme fut soumis par le docteur Backwell à l'iodure de potassium, quoique n'ayant jamais eu la syphilis. Mais l'accroissement rapide des ganglions et de la dyspnée y firent substituer cinq gouttes de la solution arsenicale trois fois par jour. La diarrhée en résulta d'abord, et bientôt les ganglions parurent moins durs et gênants au malade, qui en fit le premier l'observation. Dès le commencement d'avril, il pouvait dormir sans ronflements, et ses mâchoires fonctionnaient plus facilement. Tous les symptômes s'amendent, et notamment l'hypertrophie des ganglions, dont la diminution est constatée journellement,

au cou surtout et sous les aisselles, par la mensuration. La surdité, complète au début, disparaît de même, et il peut quitter l'hôpital à la fin de mai, en continuant l'usage de l'arsenic. C'est l'exemple le plus concluant de l'action de l'arsenic sur le système lymphatique, mais sans que la leucocythémie ait été constatée expérimentalement. (*Lancet*, 13 octobre.)

Electricité. En l'appliquant localement sur la rate très volumineuse, le docteur Poore obtint dans 2 cas non seulement la diminution de cet organe, mais celle des globules blancs, avec augmentation des hématies. C'est en faisant compter chaque jour ces globules avec l'hémacytomètre, avant et après l'électrisation, qu'il a établi ce fait thérapeutique, dont voici un exemple :

Ann, âgée de seize ans, entre à l'hôpital du Collège de l'Université, le 12 mai 1880, pour un gonflement douloureux du côté gauche de l'abdomen remontant à deux mois. Rhumatisante et calculeuse, cette malade a perdu la vue à quatorze ans. Les ganglions de l'aine sont durs, mais nullement augmentés ; la rate forme une tumeur s'étendant de la région épigastrique à 1/2 pouce à droite de l'ombilic, mobile par la respiration. La circonférence du corps est de 13 pouces. 20 gouttes de la solution de perchlorure de fer sont prises trois fois par jour, et, quatre jours après, le sang donne 620 hématies par 1000 et 100 leucocytes. Un mois après, il y a 630 globules rouges et 14 blancs seulement. Le 10 juillet, des courants constants de 15 éléments sont appliqués localement pendant cinq minutes, et la diminution de la rate y succède rapidement. Elle ne dépasse plus que d'un pouce et demi à droite la ligne blanche. Cinq gouttes d'une solution arsenicale sont ordonnées trois fois par jour. Exeat le 3 août, avec une grande amélioration générale.

A une nouvelle admission, le 27 juillet 1882, la rate ne s'étend plus à droite, elle est descendue et perçue dans la région iliaque et s'abaisse jusqu'à deux pouces au-dessus du ligament de Poupart. 12 applications de courants continus ou interrompus ont donné, après une diminution du nombre total des globules en même temps que du volume de la rate, une augmentation des hématies et des leucocytes immédiatement après la séance de galvanisation.

Le traitement interne, consistant en fer et arsenic, ne pouvant agir sur ces variations des globules, il ne peut être tenu compte que de l'action locale de l'électricité sur la diminution de la rate. C'est là le point important de ces observations. (*Lancet*, 23 juin.)

Splénectomie. Cette redoutable opération a été employée avec succès comme un moyen radical par le docteur Franzolini (de Turin), chez une femme de vingt-deux ans. Des douleurs dans le côté gauche de l'abdomen avaient commencé deux ans auparavant, et, six mois après, une tumeur volumineuse apparut au siège de la rate. L'augmentation des leucocytes dans le sang fut bientôt notée, et ils étaient cinq fois au-dessus de la normale au moment de l'opération.

Une incision de la ligne blanche, avec ligature séparée des veines et des artères, rendit l'excision facile. Le poids en était de 52 *ounces*. La leucocythémie diminua graduellement et avait disparu quatre mois après. C'est donc un cas encourageant. (*Lancet*, 28 juillet.)

Si l'extirpation de la rate est justifiée dans certains cas, comme le docteur A. Blum l'a démontré par une nouvelle statistique de 47 cas (*Archiv. de méd.*, juin), elle semblait jusqu'ici absolument contre-indiquée dans la leucocythémie, car, d'après cette statistique et celle de M. H. Collier (Voy. Splénectomie, 1882), tous les opérés avaient succombé. Czerny comme Franzolini ont seuls réussi dans le cas d'hypertrophie de cet organe, et il est bien permis de se demander s'il s'agissait d'une leucocythémie essentielle dans ce cas.

Elle serait d'autant plus contre-indiquée dans cette maladie que, d'après les expériences de Zésas sur les lapins, la rate comme le foie et la glande thyroïde seraient indispensables au développement des leucocytes en hématies. Ces derniers organes doivent au moins être sains, pour suppléer la rate en cas d'excision. Mais les hémorrhagies et le shock traumatique qu'elle détermine ne permettent de l'entreprendre que bien rarement avec succès chez des sujets anémiés, comme les leucémiques. On ne doit y recourir dans le cas d'hypertrophie ou de tumeurs qu'après avoir épuisé les moyens thérapeutiques précédemment indiqués.

LOCALISATIONS. Leur crédit est si imposant que M. Collin d'Alfort y sacrifie, en localisant les virus dans les plaies et leur mode de dissémination dans l'organisme. Ils se divisent en trois parts inégales dans les premières. Une part s'attache aux tissus, à certains éléments anatomiques et aux liquides, en s'y fixant d'une manière définitive : d'où la pustule vaccinale, la pustule maligne, l'ulcération morveuse ou farcineuse. C'est un foyer où cette partie se conserve pour se régénérer ou se détruire.

La seconde fraction se diffuse simplement dans le tissu cellulaire environnant, en donnant lieu à l'œdème charbonneux, les œdèmes septiques des opérations graves, les phlegmons, l'érysipèle. L'expérimentateur la retrouve ainsi intacte ou régénérée, avec son activité primitive, après un certain temps.

La troisième se subdivise en deux fractions, soit par les vaisseaux sanguins, soit par les vaisseaux lymphatiques ; la première, emportée à grande vitesse, infecte rapidement l'organisme, tandis que l'autre stagne dans les vaisseaux, qu'elle irrite, s'arrête et s'accumule dans les ganglions, en formant de nouveaux foyers, aptes à sa conservation et à sa régénération. (*Acad. des sciences.*)

Il serait superflu de poursuivre plus loin cette ingénieuse théorie de la localisation des virus pour démontrer leur action différente. On se demande comment un incrédule qui ne veut pas admettre les résultats positifs, ni les inductions des expériences de M. Pasteur, peut ainsi créer de toutes pièces une théorie ne reposant que sur des vues de l'esprit, peut-être absolument gratuites, et ne pouvant se démontrer.

Localisations cérébrales. Afin de détruire les dernières hésitations et les incertitudes sur la vérité de cette doctrine, les professeurs Charcot et Pitres font un dernier effort pour en démontrer la solidité inébranlable et vaincre les dernières résistances et les oppositions systématiques à cet égard. Près de 200 faits, recueillis de toutes parts et publiés de 1879 à 1882, sont réunis et classés, catégorisés pour répondre aux différentes objections faites à ce sujet. A l'appui de 19 observations rapportées en 1878, pour montrer que les lésions destructives de l'écorce cérébrale siégeant

en dehors de la zone motrice ne s'accompagnent pas de troubles du mouvement, ils en ajoutent 44 autres du même genre, dont 13 de lésions des lobes préfrontaux, 3 des lobes occipitaux, 20 des lobes temporo-sphénoïdaux et les 8 autres du lobule de l'insula et différentes zones non motrices. Des planches, démontrant les lésions localisées de chaque groupe, mettent à l'abri de toute confusion avec les zones motrices et peuvent servir à rectifier les erreurs à ce sujet. (*Revue de méd.*, mai.)

Les faits affirmatifs sont au nombre de 56, dont 17 hémiplégies totales coïncidant avec des lésions de la zone motrice. 9 monoplégies associées des membres et 3 avec la moitié correspondante de la face montrent des lésions plus localisées de la même zone.

Les monoplégies pures ou isolées sont au nombre de 16, dont 6 de la face, 8 du bras et 2 crurales, tendant à localiser plus étroitement le centre moteur de ces parties.

8 contractures des parties paralysées et 3 observations moins concluantes à cet égard forment ainsi le total de cette seconde partie. (*Idem*, juin.)

Les *convulsions épileptiformes partielles*, de la face ou des membres, sont beaucoup plus difficiles à localiser d'une manière très précise. Le siège des lésions ne correspond pas nécessairement aux muscles convulsés. Si quelques rapprochements peuvent être établis à ce sujet, comme 14 observations en témoignent, 11 autres détruisent en grande partie cette correspondance nécessaire. L'énoncé même de 22 faits démontre que tout est confusion, chaos et contradiction même parfois, soit par l'étendue des lésions, soit par la disparité des symptômes. C'est là le problème encore insoluble des localisations motrices. Une grande différence existe à cet égard avec les paralysies. Des lésions plus ou moins éloignées de la zone motrice produisent parfois ces épilepsies partielles, symptomatiques, appelées jacksoniennes. Tout ce qu'il est permis d'affirmer, c'est l'existence de lésions positives démontrées par l'autopsie dans la plupart des cas ; mais le diagnostic topographique n'en peut être fait ici, comme dans les paralysies. (*Idem*, août.)

Restent les nombreuses observations contradictoires invoquées contre cette doctrine. C'est par l'analyse de toutes celles qui s'y prêtent par une description suffisante que les

auteurs en montrent la signification. 12 faits de tumeurs intra-crâniennes prouvent que, en comprimant différentes parties de la masse cérébrale suivant leur siège, elles peuvent déterminer des troubles moteurs, sans que les centres moteurs soient lésés en apparence. Il suffit qu'ils soient légèrement comprimés, comme Magendie l'a prouvé expérimentalement, pour que de la parésie se manifeste. Des convulsions épileptiformes en résultent de même, ainsi que toutes les autres manifestations cérébrales, l'aphasie notamment. La dissémination des lésions produit également des troubles moteurs, sans que l'on puisse en faire une objection contre les localisations cérébrales. 7 observations en déposent avec les réflexions à l'appui.

L'insuffisance des descriptions dans 17 autres cas les font rejeter, en en montrant les défauts. De là l'ensemble de ce travail considérable, comprenant 185 observations établissant cette doctrine sur les bases les plus sûres. (*Idem*, octobre.)

En confrontant avec ces lois 6 observations recueillies à l'hôpital Saint-Thomas, avec autopsies et dessins, M. Sharkey, médecin-adjoint, n'y trouve que de légères différences, en ce qui concerne les paralysies partielles, formulées dans les conclusions suivantes :

Des centres moteurs corticaux sont situés dans les deux circonvolutions centrales ascendantes et celles qui leur sont adjacentes à la partie interne des hémisphères.

Ceux des membres supérieurs et inférieurs et ceux de la face sont plus ou moins anatomiquement distincts.

Ceux de la partie inférieure de la face et de la langue sont situés à l'extrémité inférieure de la circonvolution frontale ascendante, laquelle, dans sa jonction postérieure avec l'ascendante frontale gauche, est spécialement le siège du langage.

Ceux du bras sont placés dans la portion moyenne des deux circonvolutions ascendantes, en s'étendant dans leur tiers supérieur à une distance encore incertaine.

Ceux de la jambe en occupent les extrémités supérieures et les parties contiguës à la surface interne des hémisphères. (*Lancet*, septembre et octobre.)

Bien que s'accordant surtout avec les localisations expérimentales de Ferrier, qui l'a constaté dans son discours sur

les récents progrès faits à ce sujet, prononcé le 23 octobre, à l'occasion du prix Marshall Hall qui lui a été décerné, ces nouveaux faits sont une confirmation des localisations motrices. (*Med. and chir. Society* et *Lancet*, 27 octobre.)

Paralysie digitale. La localisation des mouvements des doigts, le pouce excepté, est prise sur le fait et démontrée presque expérimentalement par le professeur Lépine, de Lyon, chez une phtisique de vingt-huit ans. Sans aucun accident nerveux antérieur, elle est atteinte d'une paralysie incomplète du membre supérieur droit, dans la nuit du 28 au 29 janvier. A la visite, les mouvements d'élévation du bras, de flexion et d'extension de l'avant-bras s'exécutent sans force; ceux de la main sont abolis. Il est impossible à la malade, malgré son intelligence intacte, d'exécuter des mouvements des doigts; le pouce seul, décrit des mouvements volontaires assez étendus, l'extrémité faisant des arcs de cercle d'au moins trois centimètres. Les autres doigts restent absolument immobiles. La sensibilité est intacte dans toute la main, comme de l'autre côté.

La mort, arrivée la nuit suivante, permit de constater l'intégrité de la base de l'encéphale. La seule lésion apparente était une agglomération de quatre granulations, formant une masse du volume d'une très grosse lentille, située dans le sillon qui sépare la circonvolution pariétale ascendante ou marginale postérieure du lobule pariétal, à peu près sur une ligne horizontale passant au pied de la deuxième frontale. Cette petite masse tuberculeuse intra-méningée s'enleva facilement, en décortiquant l'hémisphère, et la substance grise présentait dessous une dépression en forme de cupule, sans aucune lésion dans la profondeur de la surface ventriculaire. Une localisation aussi étroitement limitée peut donc être l'unique cause de la paralysie digitale, à moins d'être le prélude des affres de la mort. Le développement de cette masse tuberculeuse n'avait pu se faire aussi instantanément. (*Revue de méd.*, juillet.)

L'*atrophie du cerveau*, constatée à l'autopsie des individus ayant subi l'amputation d'un membre pendant la vie, est une contre-épreuve non moins concluante de ces locali-

sations. Aux six exemples rapportés par M. Bourdon (*V. années* 1877 et 1878) il ajoute celui d'un vieux militaire, de soixante-treize ans, ayant subi à trente-trois ans la désarticulation du bras gauche. Mort en trente-six heures, d'une congestion méningo-encéphalique, il n'avait éprouvé jusque-là aucun accident cérébral, quoique, dans les dernières années de sa vie, la jambe correspondant au bras amputé se fût paralysée peu à peu. L'ouverture du crâne montra un affaissement notable de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Un affaissement identique existait sur le lobule paracentral et la crête de l'hémisphère. Le ventricule latéral correspondant en était considérablement agrandi, surtout au niveau de la circonvolution atrophiée, dénotant une atrophie très étendue de la substance blanche sous-jacente. Le corps strié voisin présentait une dépression à sa partie moyenne, et la couche optique était légèrement aplatie verticalement. Des coupes de la protubérance et du bulbe permettaient de constater une déviation marquée du raphé médian à droite, la substance nerveuse de ce côté était aussi notablement atrophiée. Les hémisphères, pesés avec le plus grand soin séparément, accusaient une différence notable de poids. Le droit, atrophié, avait 31 grammes de moins que le gauche.

L'atrophie cérébrale étant assez commune chez les vieillards, comme un effet de l'âge, ne saurait être invoquée ici, car elle règne alors uniformément. En se limitant exactement aux centres moteurs correspondants du côté paralysé, elle montre une relation directe de cet effet par le défaut d'activité fonctionnelle. La paralysie de la jambe, survenue graduellement, est même imputable à la propagation de cette atrophie, qui, dans sa marche envahissante, peut bien avoir atteint de proche en proche les cellules et les fibres nerveuses qui régissent les mouvements du membre correspondant au côté mutilé.

L'extension de cette atrophie de la substance corticale du cerveau aux parties centrales et jusqu'à la moelle allongée, en montrant le rapport fonctionnel de ces parties, est un nouvel argument pour établir leur correspondance anatomique et diminuer d'autant la valeur autonome, indépendante des centres moteurs corticaux. (*Acad. de méd.*, 15 mai.)

Commotion cérébrale. Un enfant de trois ans, tombé brusquement, en frappant sa tête en arrière sur le sol, fut pris d'une hémiplégie droite complète, avec anesthésie partielle, aphasie et paralysie faciale. Le docteur Cartaz porte un pronostic sérieux; mais, trois jours après, les manifestations s'amendent ; dès le quatrième, la motilité est complètement restaurée, la parole revient ensuite, et aucun trouble ne subsiste la neuvième jour. Depuis, la santé est demeurée parfaite.

Où donc placer le siège de ces troubles de la motilité et de la parole? Les expliquer par la commotion seule n'est véritablement pas d'accord avec la doctrine des localisations, et c'est ici que celle du professeur Schiff, exprimée encore récemment dans les *Archives de Pfluger*, « que les zones motrices de l'écorce cérébrale ne sont que les centres réflexes des vrais organes moteurs internes, » trouverait son application.

Chez une femme morte d'apoplexie cérébrale, ayant présenté un trismus permanent depuis le moment où elle fut frappée jusqu'à l'agonie, le professeur Lépine a constaté à l'autopsie un petit foyer hémorrhagique sous-jacent à la substance grise de l'*insula* et du pied de la circonvolution ascendante du front. C'est à ce niveau que se trouve le point dont l'excitation chez le singe détermine la constriction des mâchoires. Le fait mérite d'être enregistré.

Trépanation. Un garçon de quinze ans, ayant une fracture du crâne, causée par un coup de pied de cheval, présenta au docteur Silvestrini, sept mois et demi après, des symptômes de paralysie. Admettant, selon les localisations cérébrales, qu'un caillot ou hématome comprimait la zone motrice corticale gauche, le trépan fut pratiqué et confirma en effet le diagnostic. Mais une méningite suppurative aiguë se développa le quatrième jour, qui emporta rapidement le malade et permit de constater les lésions suivantes :

Deux abcès existaient ; l'un, gros comme une noix, était situé au pied de la circonvolution frontale ascendante ; l'autre, au-dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando. Ils étaient probablement la cause de l'aphasie et de la paralysie faciale présentées par le blessé et servirent à

expliquer les accidents. C'est donc là une nouvelle preuve des localisations cérébrales.

Un caillot comprimait et irritait la partie supérieure du sillon de Rolando, centre moteur du membre supérieur et inférieur, qui, après des convulsions épileptiformes, s'étaient paralysés.

Un abcès occupait le siège du langage articulé et, en s'étendant au-dessous, avait déterminé la paralysie de la moitié inférieure de la face. (*Acad. de méd.*, avril.) Voy. EPILEPSIE PARTIELLE.

Localisations hépatiques. L'exemple est contagieux, surtout celui des découvertes. Le succès obtenu par la localisation des fonctions et des maladies de l'encéphale et de la moelle a incité M. Sabourin à appliquer la même méthode au foie, considéré systématiquement comme glande biliaire. Le foie a sa série de lésions systématiques, comme la moelle épinière, dit-il : d'où la nécessité des localisations. Et substituant au lobule hépatique apparent, démontré, anatomique, le lobule biliaire invisible, supposé, histologique, il montre celui-ci dans celui-là par l'origine même de l'évolution nodulaire graisseuse du foie tout entier ou foie gras. Il le figure même par une nappe de vésicules graisseuses, entourées de canaux, d'espaces-portes et de veines sus-hépatiques, qui sont secondairement envahies, montrant par là que c'est dans ce lobule, et non dans les tractus ou travées qui l'entourent, que débute la stéatose ou dégénérescence graisseuse.

Mais c'est là de l'histologie, du ressort exclusif du microscope et des réactifs, et surtout des inductions hypothétiques, sur lesquelles il n'y a pas à s'arrêter ici; d'autant moins qu'il faudrait signaler déjà plusieurs particularités incompréhensibles. C'est là de l'induction pure, dont les dessins figurés par l'auteur sont seuls capables de donner une juste idée.

C'est en généralisant d'avance ces données aux autres dégénérescences de l'organe, à des cirrhoses variées, que ce travail d'introduction a son importance. (*Revue de méd.*, mai.)

LOUPES. *Injections d'éther.* (V. ce mot.)

LUXATIONS. Ces disjonctions traumatiques sont si com-

munes et si simples que cette partie capitale de l'ancienne chirurgie n'est plus traitée que dans les ouvrages classiques. Les procédés mécaniques dont elles sont justiciables ne peuvent guère se changer ni se modifier, en se produisant sans cesse dans les mêmes conditions presque mathématiques. De là les rares innovations à enregistrer dans quelques cas exceptionnels.

Luxations spontanées pathologiques. Une variété nouvelle en est signalée par le professeur Verneuil, qui diffère essentiellement des déplacements pathologiques décrits. Elles se manifestent subitement dans le cours des fièvres graves se compliquant de rhumatisme ou d'arthrite lors de la convalescence. 11 cas en sont cités, 8 par l'auteur, auxquels 3 sont venus se joindre spontanément, pour en confirmer la réalité. 8 sont survenus dans le cours d'un rhumatisme aigu, 2 pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, 1 à la suite d'une méningite traumatique. 9 ont eu pour siège la hanche, et 2 ont affecté le genou. 9 malades avaient de cinq à vingt ans; un homme en avait trente et une femme cinquante.

L'hydarthrose ancienne ne pouvant plus rendre compte de ces faits, la cause, toute mécanique, en a été fixée dans l'atrophie des groupes musculaires attenant à l'articulation malade. (Voy. Atrophie musculaire, 1877.) Les cas de fièvre typhoïde se sont en effet compliqués de rhumatisme dans la convalescence. Au douzième jour de cette complication, chez une fillette de dix ans, alors que les douleurs s'apaisent tout à coup, le médecin remarque un raccourcissement considérable du membre malade. Six jours après l'époque présumée de cette luxation, l'anesthésie permet de reconnaître le déplacement et de réduire immédiatement. Deux exemples analogues, constatés par Lisfranc et Bazin, n'ont pas été suivis de réduction, à défaut de connaître cette cause. Mais, depuis que l'atrophie musculaire est connue, la réduction a été pratiquée et obtenue sans peine. Malheureusement, la luxation peut se reproduire, malgré la gouttière. Il suffit de tenter quelques mouvements de l'articulation pour la voir se produire. En craignant l'ankylose, on peut faire des tentatives malheureuses et déterminer des complications mortelles, comme un cas en est signalé.

L'atrophie musculaire déterminée par l'arthrite est donc la cause de ces luxations spontanées. Dans le genou, par exemple, dès que l'inflammation apparaît, le muscle tend à prendre une attitude vicieuse; une flexion survient, qui, s'exagérant de plus en plus, se rapproche bientôt de l'angle droit. Pour soutenir le membre dans cette position, tous les muscles fléchisseurs acquièrent une grande puissance, d'autant plus grande qu'ils sont intacts, tandis que le triceps atrophié est incapable de leur faire contrepoids. Les contractions des premiers, si fréquentes dans le sommeil des fiévreux, suffisent ainsi à déterminer la luxation. Tel fut le cas de la fillette cité plus haut.

La luxation subite de la hanche se produit de même, par la paralysie des muscles fessiers et pelvitrochantériens, dans l'arthrite coxo-fémorale, tandis que l'action puissante des adducteurs et des fléchisseurs est encore augmentée par l'attitude vicieuse du membre. Le déplacement de la hanche consécutif aux paralysies infantiles ne se produit pas autrement. D'où l'indication, en pareil cas, d'éviter la flexion du genou et de la hanche en immobilisant le membre dans une bonne attitude. En cas de luxation, endormir le malade et réduire immédiatement; combattre l'atrophie musculaire par les courants continus sera ensuite le meilleur moyen. (*Soc. de chir.*, 7 nov., et *Gaz. hebd.*, nº 48.)

Luxation de la hanche. *Réduction par l'incision de la capsule.* Après le succès obtenu l'année dernière dans une luxation de l'épaule par la destruction des adhérences, M. Polaillon a tenté un procédé analogue pour une luxation de la hanche. C'était un journalier de quarante-six ans, alcoolique avéré par des tremblements des mains, des cauchemars et des pituites, tombé la veille de sa voiture sur la hanche gauche. Amené à l'hôpital de la Pitié le 1er novembre, il présente la tête fémorale à la cavité externe de la partie cotyloïde, au-dessus de l'épine sciatique. Il est soumis dès le lendemain au procédé de douceur de Després pendant l'anesthésie; mais la réduction ne peut s'opérer, malgré des tentatives prolongées. De nouveaux efforts sont faits cinq jours après, avec le procédé de force; mais la persistance de la contraction musculaire s'oppose à la réduction. Deux nouvelles séances sont ensuite tentées par le procédé

Hennequin ; mais la résolution musculaire ne se produisant pas davantage, en raison de l'alcoolisme sans doute, la réduction est impossible, malgré la profondeur et la prolongation de l'anesthésie.

Le 16 décembre, les précautions antiseptiques les plus minutieuses étant prises et le blessé chloroformisé, une incision de 10 centimètres est faite à partir de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Arrivé directement sur l'articulation coxo-fémorale, on trouve le grand trochanter fixé contre la cavité cotyloïde, dont le bord supérieur est masqué par une épaisse couche de tissu fibreux s'étendant entre le rebord supérieur du col du fémur et la partie supérieure du sourcil cotyloïdien. Cette couche fibreuse, représentant la partie antérieure de la capsule articulaire, est divisée avec le bistouri, guidé sur l'indicateur, qui entre ainsi librement dans la cavité articulaire. Malgré la pression directe exercée sur le grand trochanter et les mouvements imprimés à la cuisse pour amener la réduction, la contraction des muscles insérés au grand trochanter s'y oppose. Il faut détruire leurs insertions en rasant l'os avec une rugine tranchante, puis mousse, pour isoler le col et la tête du fémur, afin que la réduction s'opère en fléchissant la cuisse par un mouvement de rotation en dedans et ramenée ensuite dans l'extension.

Cette opération a duré trois quarts d'heure, sans qu'aucune artère ait été ouverte. C'était donc un succès ; mais, dès le soir même, des accidents se manifestent, la température monte, et, malgré les pulvérisations phéniquées, les tissus prennent une teinte grisâtre, l'odeur de putréfaction s'en dégage, et la mort arrive le quatrième jour. On trouve la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, et il faut faire effort pour l'en sortir ; mais au niveau de la fosse ovale existait une cavité hémisphérique bien formée, qui l'avait logée pendant quarante-six jours consécutifs.

C'est seulement le troisième exemple de ce genre. Dans les deux premiers, de Volkmann en 1876 et de Mac Cormac en 1878, la réduction ne put être obtenue. Il fallut réséquer l'extrémité supérieure du fémur, et les opérés guérirent. La réduction fut obtenue ici, mais la gangrène emporta le malade par l'attrition que les tissus avaient sans doute subie chez cet alcoolique. (*Bull. de thérap.*, 5 mars.)

Cette nouvelle intervention opératoire directe a été l'occasion pour le docteur Poinsot (de Bordeaux) d'une revue générale à ce sujet dans les luxations irréductibles. Toutes les étapes parcourues depuis Desault et Dupuytren jusqu'à ce jour, en France et à l'étranger, sont signalées dans les diverses voies tentées à cet égard, avec les exemples à l'appui. Section tendineuse, arthrotomie, résections sont indiquées, en en montrant les différentes applications. (*Revue de chir.*, août.)

Luxations congénitales de la hanche. *Fréquence chez les filles.* Quatre cas de cette double difformité ont été soumis par M. Cowell, sur quatre filles présentant à divers degrés tous les signes de cette déformation originelle. Elles étaient cependant capables de courir et jouissaient d'un grand pouvoir de locomotion. En rapprochant ces exemples des 26 publiés par Dupuytren, dont 4 garçons seulement, et des 36 de Holmes, n'en comptant que 8, on voit que, sur un total de 56 cas, il n'y avait que 12 garçons, soit environ le cinquième.

Il n'a pas été possible de préciser autre chose sur la cause de ces luxations, malgré la monographie intéressante de Carnochan à ce sujet. M. Barker a rappelé le spécimen de cette difformité au musée Dupuytren, montrant qu'elle est due à une erreur de développement de la cavité cotyloïde et du fémur. Il faut donc s'en tenir là. (*Royal med. and chir. Society*, 27 novembre.)

Luxation de l'épaule. *Procédé de Kocher.* Dans cinq cas de la variété sous-coracoïdienne, s'étant présentés dans le service de M. Heath, à l'hôpital du Collège de l'Université, son interne a pu opérer la réduction par ce procédé simple, sans recourir à l'anesthésie. (*V. année* 1881.) Un seul cas a nécessité l'emploi du chloroforme. En facilitant le relâchement des bords de la déchirure de la capsule articulaire, la tête de l'humérus a glissé facilement dans la cavité glénoïde.

Une luxation sous-glénoïdienne a été réduite par le même procédé, sans anesthésique. (*Lancet*, 14 avril.)

M

MALADIES. Une tendance trop exclusive à les généraliser se manifeste aujourd'hui, a dit le professeur Hardy dans sa leçon d'inauguration de la clinique médicale de la Charité. Si les maladies locales en sont parfois une manifestation, ce serait une grave erreur de les rattacher toujours à une diathèse, herpétique ou arthritique, cancéreuse ou tuberculeuse. Il y a des maladies primitivement locales, même sous la forme de ces diathèses. Les tuberculoses locales, comme les localisations du cancer, sont les seuls retranchements des chirurgiens pour intervenir dans ces cas. Il faut donc les distinguer avec soin.

Maladies infectieuses. La nouvelle étiologie microbienne tend à en augmenter considérablement le nombre, au point d'envahir la pathologie tout entière. Par leur ténuité extrême, inappréciables à l'œil nu et souvent au microscope, ne se révélant que par la culture dans les liquides appropriés, ces microbes ne constituent pas des parasites, et les maladies en résultant, comme le charbon, la phtisie, l'érysipèle et tant d'autres analogues, ne sauraient constituer des affections parasitaires. La nature végéto-animale de ces organismes imperceptibles, et leur présence spéciale dans les liquides et les humeurs de l'économie, en font surtout des agents infectieux, à la manière des virus et des miasmes, dont ils ont déjà pris la place en certains cas.

Un hôpital de 200 lits va leur être spécialement consacré à Vienne, capitale de l'Autriche, comme il en existe déjà un dans celle de la Hongrie, à Buda-Pesth. Les hôpitaux ordinaires, privés de pavillons d'isolement, seront ainsi déchargés des malades atteints de ces affections. La spécificité de celles-ci constituant une sorte d'antagonisme entre elles, il n'y a pas de danger que les malades s'infectent réciproquement.

Maladies de la gorge et du nez. *Emploi du sublimé.* L'action attribuée par Koch aux sels de mercure pour dé-

truire les organismes microscopiques l'a fait employer par le docteur Mackensie, dans son hôpital spécial de Baltimore. Un catarrhe naso-pharyngien, avec écoulement très abondant que rien n'avait pu tarir, fut guéri par des injections avec une solution aqueuse ainsi composée :

Bichlorure d'hydrargyre.....	0 gr. 10
Eau de laurier cerise.....	30
Eau commune.....	150

Cette solution, étendue d'eau, servit également pour se rincer la gorge et le nez, et en dix jours tout écoulement avait cessé, sans récidive six mois après.

3 cas de catarrhe nasal, avec ozène, chez des jeunes filles, ont également guéri rapidement par ce moyen, de même que chez un jeune garçon ayant employé préalablement les injections alcalines phéniquées, l'iodoforme et l'acide borique.

En solution plus forte, le sublimé détruit la muqueuse. Son emploi interne à faible dose peut être ajouté aux injections. La puanteur de l'ozène non syphilitique en est immédiatement détruite, comme la fétidité de l'haleine. Il peut donc servir comme eau de toilette et en gargarismes dans ces différents cas. (*Maryland med. journ.*, février.)

Les maladies des reins, par C. Bartels, professeur à l'Université de Kiel, traduit de l'allemand par le docteur Edelmann, avec préface et annotations du professeur Lépine ; un fort vol. in-8° de 700 pages, avec figures ; Félix Alcan, éditeur, ancienne librairie Germer Baillière et Cie.

La valeur de ce livre est établie par sa réputation et un succès légitime et général. C'est une œuvre de clinique et d'observation, fondée sur l'anatomie pathologique. Son éloge n'est donc plus à faire. Le crédit en est si authentique que les auteurs français ont négligé d'en rappeler l'acte de naissance. Son apparition fit pourtant époque ; mais ce fut peu de temps après la terrible guerre, et la mort de l'auteur, survenue en 1878, ne lui permit d'y faire ni corrections ni additions. Sur un sujet auquel chaque jour apporte des découvertes et des appréciations nou-

velles, les modifications étaient inévitables. Il appartiendra à la science française l'honneur d'avoir la première imprimé à ce monument de la clinique allemande, par une traduction de l'original, les additions et les corrections indispensables à son perfectionnement, avec les matériaux recueillis surtout en Allemagne.

La facture de l'ouvrage importe donc seule ici. A son titre, on croirait que toutes les maladies des reins s'y trouvent comprises. Erreur ; il n'est pas question des plus communes et fréquentes, comme l'hydronéphrose, les kystes, les calculs, les déplacements, ni par conséquent des diverses opérations délicates pratiquées aujourd'hui contre ces affections. En réalité, il s'agit bien plus exactement des troubles et des symptômes qu'elles provoquent dans ces organes, avec les principales lésions, altérations et dégénérescences en résultant. D'où sa division en deux livres, un troisième s'y trouvant ajouté par les notes additionnelles, détachées dans cette traduction.

Le premier comprend les symptômes généraux, locaux et fonctionnels, divisés en subjectifs et objectifs, primitifs et secondaires, dont les principaux se rencontrent dans l'urine, qui ne peut manquer d'être troublée, altérée dans sa quantité, sa qualité, sa composition et ses caractères extérieurs, dès que ces organes sont malades. L'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie et leurs effets secondaires sur la nutrition en forment les principaux chapitres, auxquels de nombreuses notes sont ajoutées.

Disons tout de suite que ces notes bibliographiques, en général, au lieu d'être placées immédiatement après la section ou le chapitre auxquels elles se rapportent, comme la table l'indique, sont reléguées ensemble à la fin du volume, où il faut aller les chercher. C'est à tort, suivant nous. Leur importance capitale pour compléter, corriger ou élucider certains points en litige exigeait qu'elles figurassent à la suite, pour s'imposer à l'attention du lecteur, comme pièces à conviction. Formé de documents recueillis dans la littérature générale et composé de faits positifs, d'expériences et d'observations décisives, parus depuis la publication du livre pour en confirmer ou contredire la doctrine, ce complément eût été la conclusion naturelle et inséparable du sujet en question. En s'en

détachant, ces notes courent grand risque d'être négligées, sinon en cas de besoin, malgré leur intérêt et leur étendue de 170 pages.

Le rôle exclusivement pathologique attribué par l'auteur à l'albuminurie suffira à justifier cette remarque. Ce phénomène, purement physiologique, est démontré irréfutablement dans les notes, aussi bien que sa production sous l'influence de causes locales, histologiques et fonctionnelles que Bartels ne soupçonnait même pas. Et il en est de même sur beaucoup d'autres sujets.

Le second livre de l'original, beaucoup plus étendu, débute par un historique très intéressant des maladies diffuses des reins : hyperémie et ischémie rénales, néphrite parenchymateuse aiguë et chronique, néphrite interstitielle avec les diverses altérations macroscopiques qui en résultent, pour terminer par la dégénérescence amyloïde. Ce sont autant de monographies spéciales, contenant l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie particulière, le diagnostic, le pronostic et le traitement, avec des faits cliniques à l'appui. Un grand nombre de cas sont cités ; mais les observations personnelles et complètes sont beaucoup plus rares : il y en a 31.

Il s'agit donc essentiellement en réalité de la maladie primitive de Bright ou néphrite albumineuse des auteurs français, avec ses diverses interprétations et ses conséquences, immédiates et éloignées. Admettant la dualité du mal et ses formes mixtes, le clinicien allemand a divisé ainsi son œuvre, sans préjuger l'avenir. Sa description claire et précise est rendue un peu longue et monotone par une traduction littérale, décelant bien la phraséologie allemande, avec abus des substantifs. Le titre d'un sujet étant exprimé en gros caractères et renouvelé en haut de chaque page, afin que l'on n'en ignore, à quoi bon le répéter sans cesse en toutes lettres dans le texte? Un pronom y suffirait au besoin, et l'exposition en serait rendue plus courte et rapide. Cette différence entre les deux langues éclate surtout par la rédaction concise et rapide des notes additionnelles. Autrement, un beau texte, net et clair, rend la lecture du livre très facile et permet de s'en assimiler également toutes les parties.

Des vésicules séminales; anatomie et pathologie, par le docteur O. Guelliot, interne, lauréat des hôpitaux de Paris; un vol. grand in-8° de 253 pages; Paris, 1883.

Toutes les parties de cet ouvrage sont traitées avec le même soin. L'anatomie et la physiologie de ces petits réservoirs spermatiques chez l'homme et certains animaux y sont décrites avec de longs développements historiques et histologiques. Mais la pathologie en occupant plus des deux tiers, il convient de la signaler ici par le grand nombre des maladies de ces organes exigus et leur importance sur la génération et la stérilité masculine. Le siège caché et difficilement appréciable de ces petites ampoules en fait certainement négliger ou méconnaître la plupart des anomalies, altérations ou maladies qui se confondent le plus souvent avec celles de la vessie et de l'urèthre par leur contiguité.

Cette excellente monographie spéciale, enrichie de 21 observations cliniques et d'une bibliographie complète des ouvrages et des travaux anciens et modernes sur ce sujet, sera donc consultée avec fruit. Elle peut tenir lieu à elle seule des différents articles de dictionnaires et de nombreux traités dont elle résume les points essentiels.

Diseases of the ovaries (maladies des ovaires), par Lawson Tait; un vol. in-8°, Birmingham. C'est la quatrième édition de l'*Essay* qui a obtenu le prix Hastings en 1873. Il s'est augmenté graduellement et forme aujourd'hui un véritable traité pratique d'un gynécologiste d'une expérience considérable et d'un habile opérateur. Il est divisé en six chapitres : anatomie et physiologie, anomalies de développement, maladies des ovaires, tumeurs et ovariotomie, extension de la chirurgie abdominale. Tout originale dans ses différentes parties, cette œuvre anglaise s'accorde bien mieux avec les travaux français s'y rapportant qu'avec les allemands. De Sinéty et Malassez y sont mis largement à contribution.

Maladies des enfants (*Traité clinique et pratique des* par Rilliet et Barthez; troisième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée par E. Barthez et A. Sanné, auteur du *Traité de la diphtérite;* un fort

vol. in-8° de 936 pages; ancienne librairie Germer Baillière, F. Alcan, éditeur; Paris, 1884.

Quiconque peut se rappeler l'accueil empressé fait il y a quarante ans à l'apparition de ce livre, et justifié bientôt par une seconde édition, ne doutera pas de la faveur que doit recevoir cette troisième réédition, après un trop long intermède. Il rompait avec le passé par sa précision clinique et anatomo-pathologique. Ses auteurs, jeunes alors, formaient l'avenir et comme l'avant-garde de la médecine infantile; mais la mort de l'un d'eux, encore à la fleur de l'âge, et la grande pratique de son collaborateur ont déterminé ce long arrêt, sans que l'ouvrage ait rien perdu de sa valeur. Son avenir était assuré par le cachet essentiellement pratique qui lui a été imprimé à l'origine et sa composition au lit même des petits malades de l'hôpital. Les caractères morbides sont immuables, et, quand ils sont peints d'après nature, l'œuvre reste impérissable, comme la vérité. Seuls les détails accessoires, l'interprétation, la doctrine, la statistique, la classification et le traitement même, variables comme la mode, suivant le temps et les lieux, peuvent changer, se modifier par le progrès et le perfectionnement; mais le fond reste le même partout et toujours. Il ne peut qu'être rendu plus fixe par de nouveaux signes et devenir indélébile avec le temps.

En chargeant le docteur Sanné, son élève et son gendre, de colliger ses notes et ses observations pour la révision de cet excellent ouvrage, M. Barthez, malgré son âge avancé, aura contribué une fois de plus à en assurer la pérennité. La distribution des matières en est ainsi complètement changée. A la classification des maladies suivant leur nature se trouve substituée avec avantage celle de leur siège, au moins autant que les progrès actuels permettent de leur assigner, suivant la division anatomique des grands appareils organiques. Elle se justifie par l'exposé des recherches et des faits venant à l'appui et que l'érudition de l'auteur a permis de choisir à l'étranger aussi bien qu'en France. En y joignant ses observations personnelles et une notice historique sur chaque maladie, cette nouvelle édition forme ainsi l'ouvrage le plus complet sur la médecine infantile, aussi bien à l'usage des étudiants que des praticiens.

Ce premier volume n'est que le commencement de l'ouvrage. Après une introduction sur les généralités de la pathologie, la séméiologie et la thérapeutique infantiles, il comprend toutes les maladies du système nerveux et des diverses affections particulières à l'enfance. Les maladies de l'appareil respiratoire viennent ensuite, et l'on comprend que, par le nombre et la diversité des affections de ces deux grands appareils, ce volume ne puisse aller plus loin. Chaque maladie est exposée dans un chapitre particulier, avec les principales divisions classiques et un grand nombre de faits et de statistiques venant à l'appui. Une exposition claire et précise, un texte net et moyen en rendent la lecture facile et sans fatigue.

Les maladies de la mémoire, par Th. Ribot, directeur de la *Revue philosophique ;* un vol. in-12 de 169 pages ; Félix Alcan, éditeur, ancienne librairie Germer Baillière, Paris.

Un sujet si abstrait exige d'être fixé d'abord d'une manière aussi concrète, explicite que possible : d'où un premier chapitre sur la physiologie de la mémoire ou la manière dont elle s'exerce, cette faculté étant plus organique que psychique, d'après l'auteur. La nutrition et la circulation, générales et locales, en sont les bases statiques et dynamiques ; sa puissance est en raison du nombre et de la stabilité de ces bases. (*Page* 32.) Loin d'être spontanée, indépendante, elle est subordonnée aux autres facultés. On se souvient surtout par les yeux. La mémoire des faits, des actes, des personnes existe suivant l'impression nerveuse qu'ils ont produite. Au lieu d'une mémoire unique, autonome, il y en a plusieurs, démontrées par la perte de l'une d'elles, celle des noms par exemple, à l'exclusion des autres. Elles existent à différents degrés. Chacune augmente, se perfectionne et se stabilise par l'exercice, comme toute faculté et toute fonction avec la stabilité de l'organe. On n'a jamais la mémoire de ce qu'on ignore : ce sont alors des hallucinations ou des rêves.

Les amnésies ou pertes de la mémoire en sont les maladies. Complètes ou incomplètes, elles sont temporaires, comme chez les épileptiques ou après une commotion cérébrale violente ; le somnambulisme les rend surtout périodiques. Elles sont progressives par un effet de l'âge, de la

décomposition organique ou certaines dégénérescences du cerveau. Ce sont les plus fréquentes et les mieux connues, comme des exemples types en démontrent la cause organique, dans la forme congénitale des idiots, des crétins, des imbéciles.

Les amnésies partielles se produisent comme les précédentes, dont elles sont un diminutif. Celles des signes sont les plus fréquentes, soit de la parole, de l'écriture, du geste, du dessin ou de la musique, sans aucune maladie ni paralysie apparente. C'est la perte de la mémoire des mots et des caractères, malgré la santé et la connaissance parfaite des malheureux qui en sont frappés. C'est l'oubli des mouvements instinctifs et harmoniques nécessaires pour se faire comprendre. Son évolution est caractéristique en allant du particulier, comme les noms propres, au général, c'est-à-dire du simple au composé. Elles disparaissent heureusement parfois, comme les premières.

Les hypermnésies ou exaltations de la mémoire, en se produisant d'ordinaire à la suite d'un phénomène morbide apparent comme la fièvre, l'excitation, l'extase, l'hypnotisme ou certaines maladies du cerveau, l'usage de l'opium, la chloroformisation, sont la preuve que la mémoire est soumise à l'état de la circulation du cerveau. Ces excitations sont générales ou partielles, comme les amnésies, et se traduisent par une telle activité de la mémoire qu'en un seul instant critique, la vie tout entière se déroule parfois dans l'esprit. Un mangeur d'opium disait avoir vécu un siècle en une nuit par la suractivité de sa mémoire. Le haschich provoque surtout ces hallucinations. De là le caractère transitoire des hypermnésies.

Des exemples choisis et multipliés de ces diverses maladies de la mémoire, en les rendant presque objectives, corrigent heureusement la métaphysique d'une œuvre aussi subtile. De là l'attrait et l'intérêt qu'elle présente, malgré ses afférences psychologiques. Loin de planer dans ces sphères vagues et nébuleuses, l'auteur ne tend qu'à montrer clairement du doigt et de l'œil de l'esprit une réalité organique, si ténue et imperceptible soit-elle. Il fait ainsi de la mémoire une fonction du système nerveux et en attribue logiquement les maladies aux altérations de celui-ci. C'est donc un ouvrage de philosophie positive.

Les maladies de la volonté, par Th. Ribot, directeur de la *Revue philosophique;* un vol. in-18 de 180 pages; Félix Alcan, éditeur, ancienne librairie Germer Baillière.

Les affaiblissements de la volonté par défaut et excès d'impulsion, manque d'attention et de réflexion, constituent ces maladies; son anéantissement en est même la forme la plus grave. Mais, pour faire comprendre ce mot, il faut donner un siège organique, une base physique à la volonté, ou du moins en expliquer le mécanisme physiologique. De là une introduction préliminaire, tendant à satisfaire à ces deux indications par l'intermédiaire du système nerveux et de la conscience, agissant réciproquement l'un sur l'autre pour impressionner la volonté, la diriger et la faire agir en bien comme en mal. La volonté normale, c'est de choisir pour agir, ce qui exige la plénitude de la raison et de l'esprit.

Le défaut d'impulsion constitue l'irrésolution par richesse ou pauvreté d'idées. C'est l'impuissance même de la volonté dépendant souvent d'un état particulier du cerveau qui détermine exclusivement l'annihilation de celle-ci. L'abus de l'opium et de ses succédanés peut ainsi la produire, comme des exemples démonstratifs en sont relatés. Les sensations sont trop faibles pour vouloir, et c'est à les exciter, les augmenter que la guérison peut être due. Il faut produire la joie ou le chagrin, l'émotion, l'ambition, l'intérêt, la curiosité, la crainte, l'amour, pour rétablir la volonté.

La crainte, la peur annihile cependant la volonté pour traverser une rue, une place ou exécuter un acte quelconque, comme de toucher un objet, de parler. La volonté d'exécuter cet acte peut manquer absolument, et ces malades ne l'exécutent qu'à leur insu et dans un moment d'oubli, ou comme si ils étaient aveugles. C'est donc la maladie réelle et localisée du siège même de la volonté. L'excès d'impulsion qui entraîne irrésistiblement à commettre des actes blâmables, répréhensibles, immoraux, sinon criminels, dont les malades ont conscience, sans le pouvoir ni la volonté d'y résister, est absolument l'opposé, mais aussi dangereux, sinon davantage. Les effets déplorables ne s'en observent que trop souvent chez des personnes sensées et raisonnables pour tout le reste. L'aliénation ne se révèle que par l'intensité même de ces impulsions au vol, à l'incendie, au suicide, au crime. La volonté, comme l'intelligence, a aussi ses idées et

ses génies avec tous les degrés possibles, d'un extrême à l'autre. Le mécanisme secret de ces impulsions involontaires se révèle par les excitations de l'ivresse alcoolique, du haschich et de l'opium sur certains individus et les actes sauvages qui en résultent. Prétendre localiser ces altérations de la volonté dans les lobes préfrontaux, d'après quelques exemples de lésions locales, c'est ne pas tenir compte de l'ébranlement général de la masse cérébrale qui a pu en résulter. L'action d'un affaiblissement de l'attention volontaire, originelle ou acquise, est bien plus fréquente et appréciable, et le chapitre consacré à ce sujet, quoique écourté, est très intéressant et instructif.

Un état intermédiaire de cet affaiblissement morbide de la volonté avec son anéantissement est le caprice, constituant toute la volonté de certaines gens. Les hystériques en offrent surtout l'exemple, et le trouble, le désordre et la surexcitation de leur système nerveux montrent bien qu'il agit avec bien plus d'intensité que la conscience sur les altérations de la volonté.

Son anéantissement, son absence sont figurés par l'extase et l'hypnotisme, dont la connaissance générale rendrait toute explication superflue, sinon pour témoigner que le système nerveux, surexcité dans ces états morbides ou artificiels, gouverne surtout la volonté. (V. Hypnotisme.) Dans ces efforts vers ce but de philosophe positif, l'auteur y insiste surtout dans sa conclusion comme dans sa préface, sauf à se répéter, mais cette démonstration échappe encore plus à l'analyse que pour la mémoire. La perte de la volonté confine plus à celle de la raison. Ces deux petits livres jumeaux se complètent ainsi par leur ressemblance dans l'esprit et la forme.

MÉDECINE. *Eléments de médecine pratique*, par le docteur Kunze, traduit en français sur la deuxième édition allemande par J. Knoëri; un volume in-12 de 464 pages; Félix Alcan, éditeur, ancienne librairie Germer Baillière, Paris.

Le titre de Précis conviendrait mieux à cet ouvrage. Tout ce qui s'y trouve est en effet marqué à ce coin de la médecine positive, sans préliminaires ni phrases. Des titres et des sous-titres en forment tout le canevas, comme dans

les *Eléments de pathologie interne* de Niemeyer édités à la même librairie, avec un degré de concision ici qui ne se retrouve pas là. On peut juger du degré de précision nécessaire pour faire entrer toute la nosographie actuelle dans un pareil volume, avec formulaire thérapeutique et table alphabétique.

Pour un Allemand, surtout d'ordinaire si diffus, c'est merveille. Point d'exposition ni d'explication, de théories ni d'hypothèses. C'est le fait brut exprimé simplement, topiquement, suivant l'opinion générale et sans définition même pour ce qui est compris de tout le monde. Une seule page est consacrée par exemple à l'anatomie pathologique, à l'étiologie, aux symptômes, au diagnostic et au traitement des hémorrhoïdes, tout en en indiquant les points essentiels. Rien ne montre mieux la condensation et l'esprit de synthèse qui a présidé à la rédaction.

La division de l'ouvrage n'est pas étrangère à ce tour de force. Dix livres le composent, d'après les grands appareils organiques, le sang y compris, avec les empoisonnements et les maladies infectieuses. Chacun est divisé par chapitres, selon les différences des organes qui les constituent, et toutes les maladies spéciales de ces organes sont décrites dans un ordre parfait, sans répétition, suivant les grands appareils ou leur caractère particulier. L'analyse, dans ce qu'elle a de plus minutieux au point de vue nosographique, est ainsi complètement satisfaite. Rien n'est oublié jusque dans les affections de la peau. On est surpris, émerveillé de la facilité avec laquelle toutes ces diverses entités pathologiques entrent et se groupent dans ce cadre. C'est la leçon muette, inédite, de pathologie générale, qui ressort en parcourant ce petit volume intéressant.

Médecine légale. *Insectes des cadavres.* Une application récente de l'entomologie à trois cas de médecine légale a montré le secours imprévu à obtenir de cette science pour fixer la date de la mort d'un cadavre desséché.

Il s'agissait, dans le premier cas, d'un garçon de sept à huit ans, trouvé, en 1882, complètement desséché dans une caisse à savon abandonnée dans un logement du Gros-Caillou, ayant été habité par une femme aux mœurs équivoques. Dans le second, c'était le cadavre d'un nouveau-né

trouvé desséché, le 26 janvier 1883, au fond d'un placard dans une maison du faubourg du Temple.

Trois momies de fœtus, dont deux à terme, trouvées enveloppées ensemble dans un jardin, où elles avaient été jetées pendant la nuit, au printemps de 1883, formaient le troisième cas.

Rechercher les causes ou tout au moins l'époque de la mort, en pareil cas, fut la tâche confiée à M. Mégnin, l'entomologiste distingué. C'est d'après la présence des insectes rencontrés qu'il a résolu ce difficile problème.

Lorsqu'un cadavre est exposé à l'air libre, abandonné à l'action des insectes appelés travailleurs de la mort, il est bientôt envahi par une foule de ces parasites, qui viennent pondre à sa surface et surtout à l'entrée de ses ouvertures naturelles. Ainsi agissent les diptères du groupe des sarcophages et certains coléoptères, dont les adultes de quelques espèces pénètrent même sous la peau, comme les sylphes. Les larves de diptères, ou asticots, et celles de coléoptères suffisent pour absorber à peu près entièrement les humeurs liquides du cadavre et l'amener presque à l'état de squelette, imbibé encore d'acides gras que l'on connaît sous le nom de gras de cadavre. C'est à ce moment qu'arrivent les larves de dermestes, qui font disparaître tout ce qui existe de matières grasses. L'action des dermestes terminée et le cadavre réduit à l'état de momie, les parties organiques sèches, les tendons, la peau et les parties musculaires épargnées sont attaqués par les anthrènes et les acariens détriticoles, du genre tyroglyphe, qui se montrent alors par myriades et réduisent à l'état pulvérulent tout ce qui reste de matières organiques à la surface des os. (*Gaz. hebd.*)

De l'application de l'entomologie à la médecine légale, par P. Mégnin, vétérinaire ; brochure in-8°, Paris. C'est le rapport détaillé de ces trois cas, ayant permis de fixer la date de la mort dans le second, survenue depuis un an, comme l'a reconnu la mère coupable. (V. Ordonnances.)

N

NÉCROLOGIE. La mort, qui semblait avoir épargné le corps médical français au commencement de 1883, a re-

doublé au contraire ses ravages à la fin parmi ses membres les plus célèbres. Si, pour quelques-uns, l'âge même était l'arrêt inexorable, plusieurs, encore jeunes, n'ont pu éviter la maladie qu'ils étaient habitués à prévenir, combattre et guérir. Aussi les regrets sont-ils surtout pour ces jeunes gens, qui, à peine entrés dans la carrière, sont tombés victimes de leur zèle par leur inexpérience ou l'excès même de leur dévouement aux malades. Tel est le jeune Blanche, succombant à une variole contractée à l'hôpital ; Leroy, mort aussi d'une variole hémorrhagique, à vingt-six ans, en soignant les malades du service spécial auquel il était attaché comme stagiaire. Un interne, M. Lecoq, est mort aussi subitement, en montant sa garde à l'hôpital Saint-Louis. Une diphthérite infectieuse, contractée à la Charité, a enlevé l'interne Rivet à vingt-huit ans!

Ces pertes regrettables à Paris, consacrées par un souvenir en lettres d'or, se produisent de même dans tous les hôpitaux, des grandes villes surtout. Telle est celle de Merlet, mort d'un érysipèle contracté dans les hôpitaux de Nantes, le 2 mars ; mais le nom de la plupart de ces jeunes martyrs de la science n'arrive même pas jusqu'à nous et reste enseveli dans l'oubli, sans que l'exemple public de Paris soit encore suivi ailleurs.

Tel ne sera pas celui de Louis Thuillier, mort à Alexandrie, à vingt-sept ans, le 19 août, du choléra qu'il était allé vaillamment étudier en Egypte avec la mission sanitaire française. Ce glorieux martyr de la science aura du moins reçu du gouvernement de son pays des témoignages d'admiration et de regrets proportionnés à son dévouement.

Alvarenga, *Pedro Francisco da Costa*, médecin portugais, bien connu en France par la traduction de la plupart de ses travaux, a succombé dans le courant d'octobre, à peine âgé de soixante ans. Clinicien exact et précis, observateur infatigable, il débuta par un *Mémoire sur l'insuffisance des valvules aortiques*, traduit par nous en 1856 et qui lui assura le premier rang dans son pays. Ses modèles étaient Louis, Bouillaud et Piorry, qu'il admirait. Il se distingua, quelques années plus tard, à l'occasion de la fièvre jaune qui sévit à Lisbonne, en en traçant l'histoire pathologique.

Sa place fut dès lors marquée comme professeur de clinique à l'Ecole de médecine de cette ville et à l'Académie des sciences. Il était membre correspondant de plusieurs Sociétés médicales européennes, en reconnaissance des travaux qu'il leur avait adressés. Son amour de la science était sans bornes, et, sous ce rapport, sa mort est une grande perte.

Archambault, le médecin bien connu de l'hôpital des Enfants, a succombé le 14 juillet, dans sa soixante et unième année. Ses travaux importants sur les maladies de l'enfance et sa grande pratique en ville en faisaient l'un des praticiens les plus autorisés dans cette spécialité. Ses *Leçons cliniques* resteront comme un modèle à suivre pour le succès du traitement des petits malades.

Baum, *Wilhelm*, doyen de l'Université de Gœttingue et qui occupa longtemps la chaire de chirurgie de la Faculté après Wohler, est mort en septembre, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. Il était considéré comme l'un des chefs de la chirurgie conservatrice, avec Langenbeck et Stromeyer.

Bertillon, *A.*, le célèbre statisticien, a succombé prématurément le 1er mars à une affection rénale, âgé de soixante-deux ans, alors qu'il pouvait encore rendre de grands services publics. Il était surtout pénétré de l'amour de la justice et de la vérité. Son positivisme le conduisit de bonne heure aux sciences exactes. Médecin de l'hôpital de Montmorency, il étudiait déjà les champignons. Les chiffres le fascinèrent ensuite, et ce fut surtout à l'hygiène, à la pathologie et au mouvement de la population qu'il appliqua ses recherches, ses calculs. Ses tables de mortalité, celle de l'enfance en particulier, surtout dans les départements voisins de la capitale, démontrèrent la fatale influence de l'élevage mercenaire sur la mortalité des petits nourrissons parisiens. Sur 173 000 nouveau-nés, 35 000 succombent dans ces conditions pendant la première année, tandis que, sur un nombre égal dans les autres parties de la France, il n'y en a que 26 000. De là la loi sur la protection de l'enfance en 1874.

Original dans toutes ses conceptions, il s'y montra surtout

dans sa *Démographie figurée de la France* et tant d'autres travaux déterminant l'influence des diverses conditions de la vie sur la moralité et la mortalité. Désigné ainsi pour réorganiser sur des bases scientifiques la statistique municipale de Paris, il en fut nommé directeur en 1880. Il était aussi professeur à l'Ecole d'anthropologie. Sa mort prématurée est, à tous ces titres, une grande perte publique.

Cloquet, *Jules-Germain*, doyen des chirurgiens français, a succombé le 24 février, âgé de quatre-vingt-douze ans. Il était né à Paris, le 18 décembre 1790. Sa jeunesse fut, comme sa vieillesse, marquée de toutes les distinctions. Sa longue carrière fut un triomphe continu, sans ostentation, comme sa personne, et uniquement basé sur le travail, une grande intelligence et une parfaite affabilité, sans jamais offusquer personne et respecté de tous.

Nommé élève d'anatomie à Rouen en 1806, il était élu, au concours, interne des hôpitaux de Paris en 1811 et modeleur d'anatomie des cabinets de l'Ecole. Exempté du service militaire en 1812, il obtenait le second prix de l'Ecole pratique en 1813 et devenait prosecteur en 1815, puis docteur en 1817.

Guidé par son frère aîné, Hippolyte, célèbre anatomiste, dont les descriptions si simples, claires et précises étaient un modèle, le jeune docteur se distingue d'abord dans cette voie, en remportant divers prix à l'Institut sur l'anatomie des vers intestinaux et des calculs urinaires. Il dispute vainement la place de chef des travaux anatomiques à Breschet. Mais il s'élève bientôt dans la carrière chirurgicale, en étant reçu le premier au concours de l'agrégation en 1824. Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, il obtient la chaire de pathologie chirurgicale sur les plus célèbres concurrents d'alors. Il se distingue ainsi par son habileté, sa dextérité incomparable, sans jamais exciter ni l'envie, ni la jalousie de ses collègues. Son talent se révéla surtout comme professeur de clinique chirurgicale, où le premier il fit examiner et interroger les malades par les élèves. Il enrichit ainsi la science de plusieurs découvertes par son esprit fin et ingénieux. L'armentarium chirurgical lui doit de nombreux instruments.

Promu à l'Académie de médecine lors de sa fondation,

M. Cloquet entra à l'Institut en 1855. Chirurgien consultant de Napoléon III, il fut élevé successivement par lui à la dignité d'officier et de commandeur de la Légion d'honneur et fait baron de l'Empire. Tous les honneurs qu'il pouvait désirer lui furent ainsi accordés, et, avec les avantages de la fortune, il en jouit longtemps dans le repos de l'âge mûr et de la vieillesse, en se distinguant par son assiduité aux réunions des sociétés savantes dont il faisait partie. Devenu le maître des maîtres du jour, il fut constamment d'une parfaite aménité et d'une grande bienveillance, avec ses collègues comme avec ses élèves. Il est mort ainsi avec l'estime et le respect de tous.

Cortese, *Francesco*, l'éminent chirurgien militaire, a terminé sa brillante carrière le 25 octobre, âgé de quatre-vingt-deux ans. Mis à la retraite comme chirurgien général de l'armée italienne en 1877, il n'eut plus aucune part depuis dans le gouvernement, malgré les éminents services rendus à l'armée et à son pays. Ses travaux sur l'hygiène militaire sont surtout appréciés, et sa participation au mouvement libéral de 1849 étaient autant de titres pour être nommé sénateur du royaume.

Depaul, professeur de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Paris, successeur de Paul Dubois, son maître et son ami, aussi bien dans sa chaire que dans sa grande pratique, a succombé pendant les vacances dans sa belle propriété de Morlaas (Basses-Pyrénées), qu'il s'était choisie dans son pays natal. Malgré une vigueur au-dessus de son âge par l'activité de son esprit et l'étendue de ses occupations, trois jours de pneumonie ont suffi pour anéantir cette existence, encore si utile, le 29 octobre, à l'âge de soixante-douze ans.

C'était le professeur exact, l'examinateur soigneux, l'académicien actif et l'homme ne manquant jamais à aucun de ses devoirs. Il s'était choisi sa spécialité pendant son internat, et, devenu chef de clinique d'accouchements, il ne cessa de s'y distinguer. Tous ses travaux étaient profondément travaillés, creusés et fouillés. Sa thèse, qui forma plus tard un traité d'auscultation médicale, en fut le prélude. Il dut tous ses grades au concours de 1847 à 1853, en s'agré-

geant à la Faculté et aux hôpitaux. Son association à la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine lui permit d'y représenter au premier rang l'obstétricie et la gynécologie. Sa part considérable dans leurs travaux l'éleva ainsi à l'honneur de la présidence. Aucune discussion sur ce point ne pouvait s'élever sans qu'il y imprimât son cachet précis, exact. Sans être orateur, il s'imposait par sa parole claire, nette et jusqu'à son accent béarnais, qu'il conserva très accentué. D'une grande franchise, il défendait ses idées avec beaucoup de vivacité et une persévérance ne connaissant pas d'obstacles. Il fut ainsi mêlé à d'ardentes polémiques, scientifiques et politiques. Grâce à son savoir et à son autorité dans ces questions spéciales, il avait toujours le dernier mot, et c'était un contradicteur redoutable. Il forma un grand nombre d'élèves et de disciples, et toute la jeune école obstétricale le reconnaissait pour son chef. Son expérience était immense et sa prudence extrême. Il fut ainsi choisi pour aller accoucher l'héritière impériale du Brésil. Le grand rôle qu'il a joué fait regarder sa mort prématurée comme un malheur public, car il avait conservé toute sa vivacité d'allures et d'impressions, malgré son âge avancé.

Homolle père, le praticien honoré et très expérimenté dont le nom est indissolublement attaché à la découverte de la digitaline, a expiré subitement le 18 août, à soixante-quinze ans. Heureusement, il laissait après lui son fils, Georges, médecin des hôpitaux, qui promettait depuis longtemps d'augmenter la notoriété de son nom, que lui-même avait si légitiment acquise. Il est mort en ignorant le malheur qui l'attendait.

Homolle fils est en effet allé rejoindre son digne père dans la tombe, le 22 novembre, à l'âge de trente-huit ans! Profondément attristé par une perte irréparable, il ne trouvait une diversion à son chagrin que dans un travail continu. Sa collaboration aux revues et aux dictionnaires ne cessa d'être considérable. En lui s'éteint ce nom si bien porté par deux médecins.

Krishaber, *Maurice*, d'origine hongroise et qui, par sa notoriété comme laryngologiste, semblait avoir succédé

immédiatement à son compatriote Mandl dans cette spécialité, a succombé dans des circonstances dramatiques, le 10 avril, à quarante-six ans! Accablé par la mort de sa femme et épuisé par les soins incessants qu'il lui avait prodigués pendant la fièvre rhumatismale qui l'a emportée, il en présenta bientôt les symptômes. Impuissant à y résister, il contracta une double pneumonie, et en dix-huit jours il allait retrouver dans la tombe celle qui avait emporté toutes ses affections.

Par son esprit, ses connaissances spéciales, sa distinction et sa bienveillance, M. Krishaber avait conquis l'amitié et la sympathie de la plupart des sommités médico-chirurgicales de Paris. Il était l'élève aimé de Trousseau et de Cl. Bernard. Opérateur habile et sagace, il s'était créé une véritable spécialité très lucrative, pour les affections du larynx. Des travaux remarquables et des opérations très délicates à ce sujet l'avaient mis en évidence, et il recueillait amplement le fruit de ses études et de son labeur, lorsque la mort impitoyable l'a ravi à l'affection de tous ses confrères et amis.

Lasègue, *Charles*, l'un des professeurs les plus éminents de la Faculté de médecine de Paris, a succombé au diabète, le 20 mars, dans la soixante-septième année de sa brillante carrière. Disciple de prédilection de Trousseau, ayant puisé comme son maître, dans de profondes études classiques et l'enseignement universitaire, une incomparable facilité de diction, il en fut le successeur immédiat, en s'enveloppant dans sa robe professorale et en continuant son enseignement brillant, éloquent et original. Il n'avait pourtant pas la précision ni le coup d'œil clinique du maître. Son vaste esprit se plaisait davantage à analyser les détails des grands horizons, des grandes doctrines. L'ensemble de ses travaux et son admirable conférence sur Stahl, notamment, en témoignent. Il eût brillé d'un bien plus vif éclat un siècle plus tôt. Les examens minutieux du positivisme régnant ne pouvaient l'attirer ni le séduire par l'analyse des réactions chimiques, vivantes, l'étude scrupuleuse des éléments histologiques, ni l'observation stérile des expérimentations sur les microbes. Sa vue perçante et délicate était blessée au foyer du microscope, et il ne la fatigua guère à y regarder, en laissant cette tâche ingrate à ses élèves. Jamais il ne s'accorda avec ses

meilleurs collègues et amis, comme Cl. Bernard, pour y arrêter son regard d'aigle.

Sa permutation de la chaire de pathologie générale, où son esprit était si à l'aise, à celle de clinique, n'eut peut-être pas d'autre motif. Il ne pouvait abaisser son enseignement pour l'adapter aux doctrines exclusivement matérialistes et parasitiques en vogue, comme il l'est aujourd'hui. Tout en montrant ses qualités de clinicien et de professeur par ses vues d'ensemble et de généralisation, comme l'un des premiers il en donna l'exemple dans son *Traité des angines*, il ne put jamais descendre et se limiter à ces détails anatomiques et histologiques minutieux qui font la base essentielle de tant d'autres enseignements officiels. Son œuvre quotidienne, empreinte dans les *Archives de médecine* qu'il dirigeait, en est la preuve. Il excellait à montrer les rapports des maladies entre elles, et il a ainsi projeté de précieux éclaircissements sur le domaine de l'*aliénation mentale*, en particulier. Ce fut son champ de prédilection et l'objet de ses plus importants travaux.

L'homme était à la hauteur du savant. Les regrets unanimes, sincères et profonds, exprimés par tous les organes de la presse médicale sur sa perte regrettable, témoignent de toutes les sympathies, les affections et les amitiés qu'il avait su se concilier. Malgré son scepticisme apparent et le ton un peu gouailleur de sa critique, il était juste et bon pour tous. Il suffisait d'avoir eu quelques rapports avec lui pour se convaincre de sa bonté, de sa bienveillance et de sa confraternité. M. Lasègue n'était pas seulement une grande intelligence, un esprit fin et délicat, c'était aussi un caractère, a dit son collaborateur, digne de tous les respects et de toutes les affections, a ajouté son panégyriste à l'Académie de médecine. Maîtres et élèves se sont accordés à payer un juste tribut d'hommages à sa mémoire.

Michel, *Jean-Simon-Eugène*, l'une des illustrations de l'ancienne Faculté de Strasbourg, a suivi de près dans la tombe son collègue Sédillot. Destiné, comme la plupart des vrais génies, à n'être qu'un modeste praticien dans son pays natal de Saulx, il se sentit bientôt entraîné sur un plus grand théâtre. Il affronta ainsi le concours pour la chaire de physiologie à Strasbourg; sans atteindre le but, il

marqua dès lors sa place définitive dans l'enseignement, où il conquit par le concours tous ses grades de chef des travaux anatomiques, d'agrégé et de professeur de médecine opératoire. C'est là qu'il s'illustra par de nombreux travaux anatomiques, micrographiques et surtout chirurgicaux et le succès de son enseignement.

Il continua ses succès avec une nouvelle activité à Nancy, où il fut transféré dans la clinique chirurgicale. Là, comme dans son pays natal, tous les blessés et les infirmes des environs affluaient, attirés par sa célébrité, pour recourir à son habileté. Il se distingua ainsi par plusieurs opérations hardies et divers procédés opératoires. Mais il fut soudainement arrêté au milieu de cette grande activité chirurgicale par une affection de la vue, décelant une maladie du système nerveux, qui l'obligea à la retraite. C'est dans son pays natal, au milieu de la célébrité, du respect et de l'affection de ses concitoyens que ses grands services lui avaient acquis, qu'il a rendu son dernier soupir, le 30 avril, à soixante-trois ans seulement. Toutes les autorités du département de la Haute-Saône et une délégation de la Faculté de Nancy lui ont rendu les derniers devoirs, pour honorer sa mémoire et les services rendus.

Pacini, *Philippe*, le célèbre anatomiste italien dont les travaux et les découvertes en font le successeur immédiat de Cesalpin et de Morgagni, est mort à Florence, le 9 juillet, à soixante et onze ans. Sa première découverte des corpuscules qui portent son nom, promulguée en 1835, l'immortalisera à jamais. Tout l'enseignement de l'anatomie, dont il était le chef dans les Universités de la Toscane, se personnifia en lui depuis cette époque jusqu'en ces dernières années.

Parrot, *Jules*, dont les travaux multiples sur les maladies des nouveau-nés étaient presque surhumains depuis son accession à la nouvelle chaire de clinique spéciale, créée en sa faveur, a succombé le 5 août, à cinquante-trois ans, malgré l'assistance dévouée de son ami le professeur Potain. Une pneumonie double, compliquée d'accidents abdominaux, l'emporta.

Ayant successivement parcouru avec distinction tous les degrés de l'enseignement médical depuis 1849 jusqu'en

1857, il ne tarda pas à conquérir l'agrégation de la Faculté et celle des hôpitaux, lorsqu'il fut nommé professeur d'histoire de la médecine après la mort de Lorain. On pouvait croire que ce serait le comble de son ambition; mais une chaire de clinique ayant été créée sur ses instances, à l'hospice des Enfants assistés, dont il était médecin depuis douze ans, il en devint le professeur ardent et fécond. Ses travaux classiques sur l'*athrepsie* et la *syphilis infantile* attesteront longtemps son ardeur au travail et son dévouement à la science. Il consacra à ces études de prédilection une conscience sévère, un esprit délié et analytique et des efforts opiniâtres et sans trêve. D'une organisation nerveuse et artistique, sa santé, toujours délicate, n'y résista pas.

Cette activité fébrile au milieu des malades et de l'amphithéâtre ou du laboratoire retentit fatalement sur sa santé par la prédominance de la force morale sur le physique. Il commençait à peine à recueillir la moisson qu'il avait semée avec tant de rapidité, lorsqu'il fut frappé au milieu de sa tâche. Sa vie tout entière est dans ses travaux, un peu dispersés, et il est à craindre que son œuvre originale, construite à la hâte et inachevée, ne s'ébranle avec le temps, si elle n'est consolidée par ses successeurs, quoique, par son caractère nouveau et prime-sautier, il en restera toujours ineffaçablement des traces. Sa présence à l'Académie de médecine fut marquée seulement par sa relation sur la nourricerie au lait d'ânesse installée par lui pour ses petits malades. (*V. année* 1882.)

Sédillot, *Charles*, dernier représentant de cette brillante phalange de chirurgiens qui succéda à l'école de Dupuytren : Malgaigne, Michon, Lenoir, Denonvilliers, Robert, Chassaignac, a terminé aussi sa longue carrière, le 29 janvier, âgé de soixante-dix-neuf ans. Chirurgien militaire, il fut mêlé, avec eux, à ces luttes brillantes des concours qui jetèrent tant d'éclat sur l'enseignement de la Faculté de médecine de Paris après 1830. Il s'y distingua si bien qu'il fut envoyé à Strasbourg vers 1840, comme professeur de clinique, où il exerça une influence toute-puissante et presque souveraine. Il fut ainsi appelé à diriger l'École de médecine militaire lors de sa fondation, et on lui en doit tout le succès.

Durant cette période de 1840 à 1870, il accomplit sur ce modeste théâtre la plus vaste tâche. Clinicien sûr, opérateur hardi sans témérité, intelligence vaste et ouverte à tous les progrès, élocution facile et distinguée, il avait un enseignement brillant et fécond, où se sont formées de nombreuses générations d'élèves civils et militaires. Son *Traité de médecine opératoire* devint classique, et ses remarquables travaux sur la chloroformisation, l'infection purulente, ses nouveaux procédés opératoire pour l'évidement des os, la gastrotomie qu'il exécuta le premier, et tant d'autres œuvres originales, placèrent bientôt son nom au fronton de la chirurgie française et même européenne, que ses meilleurs élèves, à Strasbourg comme à Nancy et ailleurs, ont fièrement maintenue jusqu'ici. Son œuvre est ainsi résumée par le docteur Chauvel. (*Revue de chir.*, avril.)

Cette brillante carrière se termina tristement, avec les événements de 1870. Elu membre résident de l'Académie des sciences et associé national de l'Académie de médecine, il ne put en partager les travaux actifs, par une cophose dont il était atteint. Les loisirs de cette vie autrefois si active furent ainsi consacrés à des études de philosophie et de sociologie, et il s'éteignit graduellement, comblé de titres et d'honneurs, qu'aucun n'avait mieux mérités, comme tous ses collègues et amis l'ont respectueusement exprimé sur sa tombe.

Sims, *Marion*, le célèbre gynécologiste américain, dont la renommée chirurgicale est due autant à son habileté et sa hardiesse qu'à son séjour en Europe, a subitement succombé à une angine de poitrine, le 13 novembre, presque âgé de soixante-onze ans. Ses brillants succès contre la fistule vésico-vaginale et la cholécystotomie, dont il est l'inventeur, suffiraient à lui créer une place distinguée comme opérateur habile et brillant. Ses travaux sur la chirurgie abdominale en seront les témoins. Ses notes sur la chirurgie utérine, ayant pour but de remédier à la stérilité par la division des lèvres du col utérin, et ses expériences sur la fécondation artificielle n'ont pas obtenu la même approbation dans son pays, pas plus qu'à Londres et à Paris, où il exerça de 1868 jusqu'à ces dernières années. Il fut ainsi le promoteur de l'ambulance anglo-américaine pendant le siège

de Paris. Une pneumonie, contractée à Londres l'année dernière, fut probablement l'origine de l'affection cardiaque qui a déterminé sa mort subite.

Spillmann, *Eugène*, ancien répétiteur à l'Ecole de santé de Strasbourg, où il acquit surtout les habitudes d'un travail opiniâtre, a succombé prématurément à Alger, comme médecin principal de 1re classe à l'hôpital du Dey, et professeur de chirurgie à l'École de médecine. Ancien agrégé au Val-de-Grâce, il s'était rapidement élevé dans la hiérarchie militaire par des travaux estimés, dont l'*Arsenal chirurgical* et de nombreux articles dans le *Dictionnaire encyclopédique* offrent les principaux spécimens. Il jouissait à Alger d'une grande considération et se trouvait à la tête du service médical, lorsque la mort l'a frappé. C'est une grande perte pour l'Université et l'armée.

Van Buren, célèbre chirurgien américain, autant par son nom que ses œuvres personnelles, est mort le 25 mars, à soixante-quatre ans, d'une apoplexie cérébrale. Il était fils, petit-fils et arrière-petit-fils de médecins et son grand-père avait été élève du grand Boerhaave. Son mariage avec la fille de Valentine Mott le rattachait à cet illustre chirurgien. Il se distingua lui-même par son enseignement de l'anatomie et la clinique chirurgicale à l'Université de New-York, où sa célébrité comme consultant était sans égale. Depuis 1866, il était professeur de chirurgie à l'hôpital de Bellevue, et ses ouvrages sur les maladies chirurgicales des organes génito-urinaires et du rectum montrent toute la perte que la chirurgie américaine a faite en sa personne.

A cette liste, déjà trop longue, des sommités principales, s'ajoute une foule de noms connus, dont le souvenir n'est pas moins mémorable. Nous citerons notamment :

Arthaud, le savant aliéniste de Lyon, professeur de clinique des maladies mentales à la nouvelle Faculté.

Barnes, *Joseph*, l'auteur bien connu de l'*Histoire médico-chirurgicale de la guerre de sécession américaine*.

Bartoli, l'ancien professeur de l'École de médecine de Marseille.

Bocquillon, le naturaliste distingué, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Bruns, *Paul-Victor*, le célèbre laryngologiste de l'Université de Tubingue, mort le 19 mars.

Byasson, l'élève et l'émule de Réveil, son compatriote, mort comme lui, à la peine, dans toute la maturité de son talent, à quarante-deux ans.

Caradec père (de Brest), mort, encore jeune, d'une septicémie consécutive à une piqûre opératoire et dont les travaux avaient rendu le nom célèbre.

Carrière, *Edouard*, l'élégant auteur du *Climat de l'Italie*, écrivain distingué et qui vécut pendant de longues années dans l'intimité du comte de Chambord comme son médecin particulier.

Claudot, que ses services comme médecin et la haute situation acquise parmi ses concitoyens avaient fait nommer sénateur des Vosges, est mort le 9 février, à soixante-six ans.

Colomiatti, *Vittorio*, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Turin et chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, mort à trente-cinq ans.

Contour, le confrère si aimable et ouvert, le praticien tant recherché, enlevé subitement, le 30 juillet, à l'affection de tous ceux qui le connaissaient.

Domerc, président de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris, mort à soixante et un ans.

Drouineau père, chirurgien en chef des hôpitaux et hospices civils de La Rochelle.

Dumont, *de Monteux*, médecin humoristique à ses heures et dont le *Testament médical* fut publié en 1865.

Farr, *William*, qui personnifiait la statistique médicale

anglaise, est mort le 14 mai, après trois années de retraite pour cause de maladie. Il avait soixante-seize ans.

Filhol, *Edouard*, directeur de l'Ecole de Toulouse et professeur à la Faculté des sciences, mort à soixante-neuf ans.

Gaillardot, *Charles*, le médecin sanitaire français en Egypte, ancien directeur de l'Ecole de médecine du Caire, et qui porta si haut et ferme le drapeau de sa patrie par ses vaillants services dans le Levant, est mort le 17 août, à soixante-neuf ans.

Kerckoven (d'Anvers), emporté en quarante-huit heures par une diphthérite contractée près d'un de ses malades. Il n'avait que quarante-quatre ans.

Lecadre, *Adolphe*, l'épidémiologiste actif et distingué de l'arrondissement du Havre, qui, par ses nombreux mémoires et rapports à ce sujet, a obtenu le plus de distinctions et de récompenses académiques, a aussi terminé sa longue et honorable carrière. Il était officier de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie de médecine et associé à la plupart des sociétés médicales.

Lehelloco, que sa valeur de praticien avait fait nommer médecin consultant de Louis-Philippe et médecin ordinaire de Jérôme Napoléon et de toute sa famille, mort à quatre-vingt-douze ans, doyen des médecins de Paris.

Martin Damourette, professeur libre de thérapeutique à l'Ecole pratique depuis 1850, est mort le 22 avril, à soixante-et un ans, après avoir été l'instructeur utile et recherché de plus de dix générations d'élèves pour le quatrième examen. Il a légué 40 000 fr. à l'Académie des sciences pour la fondation d'un prix de physiologie thérapeutique.

Morvan, ancien député du Finistère à l'Assemblée nationale, mort des suites d'un accident de voiture, à soixante-six ans.

Pellarin, *Charles*, le médecin bienfaisant, probe et droit par excellence, célèbre par ses recherches sur le choléra, et dont la vie, par son austérité et sa régularité, pouvait

seule être comparée à celle de Littré, son beau-frère, s'est éteint à quatre-vingt-un ans.

Seux, directeur de l'École de médecine de Marseille et correspondant de l'Académie de médecine.

Socquet, ancien médecin des hôpitaux de Lyon et professeur à l'École de médecine.

Valentin, *Gabriel-Gustave*, le célèbre physiologiste, auteur de nombreux ouvrages sur cette science et qui la professa à Berne en allemand et en français de 1836 à 1881, est mort le 24 mai, à soixante-treize ans.

Vernay, l'ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, membre de la Société de médecine de cette ville, si distingué par ses travaux gynécologiques et la ponction du thorax et du péricarde, qu'il a pratiquée l'un des premiers.

Wilbur, l'ami et le protecteur des idiots, qui, pendant plus de trente ans, ne cessa de se vouer à l'amélioration de ces infortunés, comme médecin directeur de l'asile de Syracuse, dans l'État de New-York, a succombé à une affection du cœur le 1er mai, à soixante-deux ans.

NÉPHRECTOMIE. Cette opération nouvelle a pris tout à coup une extension considérable, surtout sous la main des Allemands. Ils l'ont ainsi appliquée légèrement dans les cas d'anurie, de douleurs rénales mal caractérisées, de reins mobiles et jusque dans ceux de cancer et de tuberculose généralisée. De nombreux exemples en sont relatés par A. Martin, qui, sur 8 cas de ce genre, a obtenu 3 morts et 5 guérisons. Pratiquée par Lücke contre un sarcome du rein, chez un homme de soixante ans, elle détermina une hémorrhagie veineuse, qui amena la mort par urémie le quatrième jour. (*Revue de chir.*, avril.)

Après une néphrectomie exécutée aussi légèrement par Israël, une tuberculose généralisée se développa après quinze jours environ d'une guérison apparente. Les poumons, le péritoine et les méninges étaient farcis de tubercules à l'autopsie. C'est une complication fréquente de cette grave opération.

Un succès en a été obtenu par le docteur Higguet chez un enfant de six ans, portant une tumeur ovoïde, comme une tête d'adulte, dans l'hypocondre gauche. L'absence de douleur et de fluctuation fit croire à une tumeur simple, et l'on trouva une tumeur sarcomateuse. L'enfant guérit néanmoins sans récidive... trois mois après. (*Acad. de méd. de Belgique*, 1882).

Aux succès relatés l'année dernière, M. Knowsley Thornton en ajoute de nouveaux. C'est par dizaines qu'ils se comptent ainsi en Angleterre, par la pratique de cette opération contre diverses lésions organiques, même les plus simples, comme des kystes. (*Med. chir. Society*, mai.)

Elle a été appliquée, le 3 mars, à l'hôpital de la Reine de Birmingham, par M. West, sur un garçon de quinze ans, qui avait reçu une blessure du rein gauche, dont la suppuration suivit. Malgré le débridement et l'aspiration, l'enfant rendait 80 onces d'urine ammoniacale purulente, qui déterminait une fièvre hectique. De là l'excision de l'organe, très augmenté de volume et rempli de kystes en suppuration. L'opéré était en voie de guérison quatre jours après. (*Lancet*, 10 mars.)

En prenant la chirurgie des voies urinaires pour sujet de son discours présidentiel au dernier meeting de l'Association britannique, en août, le docteur R. Harrison signale surtout, parmi la littérature de la chirurgie rénale, le travail du docteur Harris, de Philadelphie, contenant l'analyse de 100 cas de néphrectomie. Rangés chronologiquement, ces cas ont donné 45 morts et 55 guérisons; ce qui montre assez que les chirurgiens anglais la pratiquent également dans les lésions simples des reins comme dans les maladies graves. D'où il conclut que cette opération a sauvé un grand nombre de vies dans des circonstances où aucun autre moyen n'aurait pu la remplacer, et dans des cas où le succès était des plus douteux. (*Lancet*, 11 août.)

Une première néphrectomie faite à Naples par le professeur d'Antona, le 20 décembre 1882, sur le rein gauche d'une femme de vingt-six ans, s'est heureusement terminée par le guérison. Il fit une incision légèrement incurvée, partant de la crête iliaque à la marge inférieure de la dixième côte ; la onzième avait été réséquée sur le trajet de l'incision, afin d'agrandir le champ opératoire. Le rein, transformé

en une cavité remplie de pus, fut attiré au dehors et sectionné. Les artères et les veines furent comprises dans une ligature et l'uretère dans une seconde; une troisième réunissait tous les autres tissus divisés. Du perchlorure de fer fut appliqué sur le moignon et de l'iodoforme répandu sur la plaie laissée ouverte. Elle était en pleine granulation le vingt-cinquième jour. Ce serait la cinquième excision en Italie, d'après le docteur Spadaro, dont trois succès.

Voici la statistique générale de cette grave opération, d'après l'auteur : 45 cas en seraient consignés dans la science depuis treize ans, dont 9 par erreur de diagnostic; les 36 néphrectomies réelles auraient donné 21 guérisons et 15 décès, soit une moyenne de 67 0/0 de succès. (*Gaz. degli ospit.*, février.) Cette statistique incomplète, à en juger par tous les cas précédents, se comptant par centaines aux États-Unis, ne permet pas d'admettre cette proportion favorable.

C'est pourquoi les chirurgiens français restent aussi timides et réservés pour son emploi. M. Ollier n'en a cité que trois cas à joindre aux deux de MM. Le Dentu et Le Fort, le premier pour une pyélo-néphrite compliquée de fistule intarissable. Le rein fut énucléé après incision de sa capsule fibreuse, et l'opérée guérit. Le deuxième fut une erreur de diagnostic; on croyait à un kyste de l'ovaire, et l'on rencontra un kyste du rein. L'opérée succomba à la péritonite en résultant. Le troisième était un sarcome du rein chez un enfant de quatre ans et qui fut rapidement suivi de mort. Aussi le chirurgien lyonnais n'admet son application que contre la pyélo-néphrite à l'exclusion des autres affections rénales. (*Association française* et *Acad. de méd.*, 11 septembre.)

L'exemple le plus déplorable de cette opération est celui d'une fille de dix-neuf ans, entrée à l'hôpital Bellevue de New-York pour des douleurs périodiques dans la fosse iliaque gauche et le bassin, suivies d'un écoulement de sang dans l'urine. Très bien développée du reste, cette fille, examinée après anesthésie, fut trouvée exempte de clitoris, de vagin et d'utérus. Une tumeur très mobile étant constatée au siège même de la douleur, et l'examen des reins n'ayant donné aucun résultat, un rein mobile fut diagnostiqué.

Sur la demande même de la malade, le docteur Polk consentit à l'opérer. Et sans réfléchir ou sans savoir que les

anomalies, les difformités apparentes ou cachées des organes génitaux chez les deux sexes coïncident ordinairement avec d'autres anomalies latentes, notamment l'absence congénitale d'un rein — dont le docteur Beumer a signalé 48 exemples déjà indiqués dans le *Mariage*, page 199 — le rein fut excisé. Une incision au-dessus du ligament de Poupart suffit à le mettre à nu, sans ouverture du péritoine. Le pédicule lié avait un volume double de l'uretère ordinaire, et le poids du rein, d'un tissu normal, s'élevait à 98 grammes. C'en devait être assez pour faire reconnaître l'erreur commise et que l'on n'avait pas su prévoir.

Des vomissements s'ensuivirent bientôt et jusqu'à 18 en vingt-quatre heures dès le lendemain, avec constipation et anurie, malgré tous les moyens employés. Le cathétérisme ne rencontra rien dans la vessie jusqu'au sixième jour. Quelques grammes d'un liquide brun, trouble, alcalin, contenant de l'urée, des globules rouges et blancs avec de l'épithélium vésical, furent seulement extraits alors, ainsi que les jours suivants, jusqu'à la mort, arrivée le onzième avec tous les symptômes de l'urémie : assoupissement continu, convulsions, troubles de la vue, délire et coma.

L'autopsie démontra en effet l'absence du rein droit et de l'uretère avec catarrhe aigu de la vessie. Ovaires larges et sains, avec cicatrices apparentes des follicules de Graaf; trompes rudimentaires. L'ovaire gauche était placé sur le rein enlevé et le droit dans la fosse iliaque. Le ligament rond de l'utérus existait de chaque côté, associé au ligament large et se terminant dans le tissu sous-péritonéal.

Dans la présentation de ce fait à la Société obstétricale de New-York, l'auteur ne s'accuse que de n'avoir pas essayé préalablement le cathétérisme de l'orifice des uretères, sans parler de l'enseignement fourni par Beumer. C'est cependant là la faute principale, car, en présence de l'anomalie génitale et même des symptômes, l'oophorectomie convenait bien mieux que la néphrectomie, si imprudemment faite. (*Lancet*, 24 mars.)

NÉPHRITES. Il peut se développer par la compression de l'uretère, dans le cours du cancer de l'utérus, des lésions rénales constituant une forme particulière de néphrite. A un degré peu marqué, cette compression augmente légère-

ment le volume du rein, et une infiltration nucléaire autour des tubes urinifères et des vaisseaux avec hypertrophie des glomérules et dilatation des tubes contournés en sont les principaux caractères histologiques dans cette première période. En persistant, cette compression distend l'uretère et le bassinet ; le rein s'atrophie, en raison directe de cette dilatation. L'infiltration nucléaire passe alors à l'état fibreux, et la régression embryonnaire de l'épithélium des tubes droits et collecteurs en détermine l'affaissement. Dans cette seconde période, les glomérules sont fibreux ou kystiques, sans que les tubes contournés, revenus sur eux-mêmes, offrent aucun changement avec la période du début.

Il en résulte ainsi, d'après M. Artaud, une néphrite diffuse, à marche rapide, dont l'élément inflammatoire est la principale cause. Ces lésions rénales amènent fréquemment une hypertrophie du cœur portant exclusivement sur le ventricule gauche, sans myocardite interstitielle. Cette variété encore peu étudiée de l'hypertrophie cardiaque, consécutive aux néphrites coïncidentes avec les affections des voies urinaires, a donc une importance réelle. (*Revue de méd.*, novembre.) Voy. Cancer de l'utérus.

Les deux principes thérapeutiques de la néphrite aiguë, bien reconnus et consacrés par la pratique, sont de laisser l'organe malade en repos, en ne l'irritant pas par l'administration des diurétiques ni une alimentation azotée, pouvant embarrasser sa fonction, et de favoriser surtout l'action vicariante de la peau, *alter ego* du rein. Le docteur Aufrecht (de Magdebourg) va plus loin. L'expectation médicinale, dans laquelle le régime joue le principal rôle, lui semble préférable. Il repousse absolument les diurétiques et les diaphorétiques comme dangereux et conseille les bains ou l'air chaud. Il se borne aux sels neutres, comme le bicarbonate de soude, pouvant être remplacé ensuite par le fer, quand l'anémie et l'albuminurie apparaissent. Un régime purement végétal, des aliments gras et sucrés doivent être la seule nourriture. Le lait même est proscrit de la première à la seconde semaine après l'attaque. Ce régime sévère est nécessaire à la fonction spéciale du rein pour l'élimination des matières azotées. Le défaut d'élimination du rein, plus grave que l'albuminurie, d'après Lichtheim et Senator, est

invoqué à l'appui de cette doctrine. Dans un cas de néphrite scarlatineuse, où la suppression de l'urine dura quatre-vingts heures avec son traitement expectant, la guérison survint. Il en fut de même dans un autre où l'anurie dura quatorze heures. Les diurétiques et les diaphorétiques n'auraient assurément pas donné un tel résultat. Il prescrit néanmoins parfois un bain chaud, mais sans mentionner les purgatifs ni les astringents, comme le tannin, dont l'action sur le rein dans l'anasarque albumineuse a été démontrée par nous. (*Berlin. klin. Woch.*, décembre.)

Néphrite albumineuse. *Glomérulite inflammatoire.* De l'examen histologique des reins de 6 individus, enfants et adultes, ayant succombé dans divers services des hôpitaux de Paris à des néphrites albumineuses de causes variées, MM. Cornil et Brault concluent à une inflammation banale commune et constante des glomérules, comme du parenchyme rénal. Ils en distinguent même les trois formes ordinaires de l'inflammation : aiguë, subaiguë et chronique. La congestion, l'hémorrhagie, la diapédèse caractérisent la première ; elle est même suppurée parfois. Le degré moindre de l'inflammation de la couche périvasculaire et de la capsule de Bowman distingue surtout la forme subaiguë et correspond spécialement à la néphrite parenchymateuse ou gros rein, blanc et lisse. La forme chronique en est la conséquence.

La durée de la néphrite étant essentiellement liée à l'intégrité de l'appareil glomérulaire, on comprend l'importance de cette distinction. Elle est ainsi opposée à la division cellulaire en desquamative, proliférative et interstitielle, cette action des cellules étant considérée comme un phénomène accessoire de l'inflammation. La tendance naturelle des cellules est de s'organiser ; leurs éléments ne disparaissent que par leur atrophie dans un tissu sclérosé par suite de l'inflammation. C'est donc une nouvelle interprétation pathogénique. Elle serait plus clinique si l'on pouvait diagnostiquer ces différences histologiques sur le vivant ; mais comment les connaître autrement que sur le cadavre ? On peut seulement prévoir cet état de l'inflammation d'après la marche de la néphrite, et à quoi sert dès lors la constatation de ces lésions histologiques du glomérule ?... (*Journ. de l'anatomie*, n° 2.)

NÉPHRO-LITHOTOMIE. Depuis que cette opération spéciale à l'extraction des calculs du rein a été inaugurée en Angleterre, elle paraît s'y acclimater par ses résultats favorables. M. May a extrait de cette manière, le 20 octobre 1882, un calcul long de 3 pouces, pesant un *ounce* et composé de phosphate de chaux *cristallisé*, avec des noyaux d'oxalate. C'était chez un mineur de trente-quatre ans, qui, depuis l'âge de seize ans, avait rendu du sable dans ses urines, parfois sanguinolentes. En novembre 1881, les coliques rénales devinrent si intolérables, quand il marchait, travaillait fort ou voyageait en voiture, que des accès, avec frissons et vomissements, lui rendaient la vie insupportable. Des douleurs locales dans le rein gauche, s'irradiant de l'uretère dans les testicules et la cuisse pendant six ou sept heures, avec hématurie, l'obligèrent à se rendre à l'hôpital de la Reine, à Birmingham.

Aucune tumeur ni douleur n'étaient appréciables à la palpation ; mais il suffisait au malade de se baisser pour sentir aussitôt une vive douleur locale. Malgré sa santé apparente, la vie lui était insupportable, ne pouvant gagner son pain, et, bien que l'urine fût légèrement trouble, on le fit marcher pour faire l'épreuve de ses accès. Ils se présentèrent en effet, et il rendit un petit calcul dès le lendemain. L'incision faite, l'index ne perçut pas de calcul, mais l'acupuncture en décela la présence. Le rein fut alors incisé verticalement jusqu'à permettre l'extraction de la pierre, qui fut énucléée par les deux index avec une légère traction. Un saignement veineux suivit et fut arrêté par la pression. Le parenchyme rénal paraissant sain, sans trace de pus ni de sac épaissi, et la cavité étant absolument exempte de fragments, le rein fut laissé en place.

Sauf de légères douleurs locales et le shock de l'opération, l'urine s'écoula dès le lendemain par la plaie, pour cesser le vingt-unième jour. La plaie était entièrement cicatrisée dès la cinquième semaine, sans aucune tendance fistuleuse, et, malgré une pleurésie intercurrente du côté opéré, cet homme guérit parfaitement et reprit son travail sans éprouver de nouvelles douleurs. *(Clin. Soc. of London*, 9 février.)

La même opération a été faite par M. Howse, le 31 janvier dernier, sur un matelot de vingt-six ans, ayant éprouvé,

six mois auparavant, une vive douleur subite dans le rein droit, accompagnée de vomissements. Il n'avait pas eu d'accès semblables pendant sept mois, lorsque les douleurs revinrent d'une manière constante depuis deux ans. Le sentiment de piqûre localisé dans le rein droit et une légère saillie étaient les seuls signes apparents. L'urine était exempte de graviers, de sang, de mucus et d'albumine. Une double incision en croix permit de sentir le calcul avec le doigt, en poussant le rein sur le psoas. Il l'énucléa avec le pouce et l'index, en fixant le rein avec un stylet. Le calcul, composé d'oxalate de chaux, pesait 26 grains. Sauf une légère élévation de la température, il n'y eut pas d'accident consécutif, et une urine alcaline s'écoulait librement par la plaie. (*Idem* et *Lancet*, 17 février.)

En paraissant moins grave que l'excision du rein, cette opération pourrait être substituée à la néphrectomie dans le cas de reins flottants. Un calcul de 64 *grains* a également été extrait par M. Berkeley Hill, chez une femme de 26 ans, admise à l'hôpital du Collège de l'Université le 6 mars dernier. Des accès douloureux intermittents dans l'hypocondre droit, avec vomissements et difficulté d'uriner, coïncidaient avec un engorgement fluctuant dans cette région. L'urine était purulente et albumineuse. Une ponction ayant donné 4 onces 1/2 de pus sanguinolent, sans odeur, fut immédiatement suivie d'augmentation de la tumeur, avec fièvre et vomissements. Quatre jours après, une incision mit le rein à découvert; le bassinet fut incisé, et un calcul irrégulier extrait. L'urine cessa de couler par la plaie le 31e jour, pour reparaître ensuite, sans douleurs; mais le rein forme toujours une masse dure, avec du pus dans l'urine. La néphrectomie eût donc été préférable dans ce cas. (*Royal med. and chir. Society*, 22 mai.)

Ce fut le contraire chez une femme de 29 ans, admise à l'hôpital de la Reine, à Birmingham, pour des douleurs analogues du même côté, s'étendant aux lèvres et à la partie supérieure de la cuisse. A l'examen de M. Lloyd, le 10 décembre 1882, elle se plaignait de douleurs du bassin, avec des mictions fréquentes d'une urine fétide, muqueuse et purulente. Sa densité était de 1014 avec albumine.

Un examen local anesthésique n'ayant rien découvert dans la vessie ni l'utérus, et les douleurs augmentant surtout par

l'exercice, on crut à un calcul. Le 26 décembre, une incision sous la dernière côte mit le rein à nu, qui se présenta librement à l'ouverture par une respiration forcée. Sa moitié inférieure était complètement saine, sans aucune résistance du tissu. Une aiguille à acupuncture fut introduite en trois endroits différents, et, la dernière ayant donné une sensation de frottement, une incision fut pratiquée, permettant d'explorer le bassinet avec le doigt. Aucun calcul ne fut rencontré; mais l'hémorrhagie légère cessa spontanément, et cette femme se trouva ainsi beaucoup soulagée. Le 8 mars suivant, rentrée chez elle, elle pouvait remplir ses occupations domestiques, sans récidive de ses douleurs. L'urine seule continuait à être anormale. (*Lancet*, 2 juin.)

Par ces faits et beaucoup d'autres semblables, qu'il serait facile de collecter, on peut juger de la fréquence de cette opération. La néphrotomie est exécutée aujourd'hui presque aussi couramment que l'incision d'une simple glande extérieure.

Une opération analogue serait applicable, selon M. F. Israël, de préférence à la néphrectomie, dans les cas d'hydronéphrose ou de pyonéphrose unilatérale, à cause de la possibilité que l'autre rein soit malade, même quand l'urine est normale et que le cœur est indemne. Il agit ainsi chez une jeune femme qui se mourait d'une énorme pyonéphrose du côté gauche. Au lieu d'extirper le rein, il pratiqua une simple fistule abdominale. L'opérée mourut d'urémie quelques jours après, et l'autopsie montra le rein gauche transformé en un véritable sac de 18 centimètres de long sur 7 de large. L'incision n'avait pas porté sur le bassinet, mais sur le calice, énormément dilaté. Le rein droit était frappé d'atrophie granuleuse, sans rien dans les autres organes.

L'établissement d'une fistule est ainsi préférable, en règle générale, à l'excision du rein malade dans les cas douteux. Quand la dilatation kystique des calices est supérieure à celle du bassinet, on peut opérer avec succès, en intéressant le péritoine, sans qu'il soit nécessaire de provoquer préalablement des adhérences avec les parois abdominales. (*Berlin. klin. Woch.*, 1882.)

Une *néphroraphie* a été pratiquée pour la première fois

en Angleterre par le docteur Newman, de Glasgow, sur une femme souffrant d'un rein flottant. Le rein fut ramené à son niveau, sa capsule cousue au bord de l'incision et plusieurs sutures pratiquées avec le tissu rénal. L'opérée a guéri et se trouve maintenant exempte de douleurs. (*Lancet*, 28 avril.)

Cette facilité de mettre le rein à découvert pour l'explorer, l'inciser ou le remettre en place, contraste singulièrement avec la réserve des chirurgiens français pour toutes ces opérations. La chirurgie rénale, si avancée à l'étranger, est évidemment en retard parmi nous. Il faut se demander si c'est un bien ou un mal; mais l'issue de beaucoup de cas est encore trop incertaine pour résoudre ce problème. Tous les succès sont publiés, mais les morts ne font souvent pas parler d'eux. Il faut donc attendre que la réalité vraie se fasse jour.

NERFS. *Anastomose du nerf musculo-cutané avec le médian.* Une erreur importante de cette unique anastomose est signalée par le docteur Testut, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Bordeaux. Au lieu de partir du nerf médian au-dessus de l'insertion du brachial antérieur, pour s'anastomoser avec le musculo-cutané, comme Bourgery l'a figurée dans son atlas, elle a lieu au contraire du nerf musculo-cutané, lorsqu'il est volumineux, au médian, comme Hyrtl l'a signalé. Avant Bourgery, aucun anatomiste français, Bichat, Boyer, Cruveilhier, ni à l'étranger, ne signalait cette erreur, adoptée depuis, tandis que, par la dissection de 105 bras, M. Testut n'a rencontré la première anastomose que 2 fois et 38 fois la seconde. Celle-ci est donc bien la règle et celle-là l'exception, c'est-à-dire une véritable anomalie. Sur 41 examens, Gegenbaur a trouvé 28 fois un trait d'union, sans dire quelle en était l'origine ni le trajet. (*Journ. de l'anat. et la physiol.*, n° 1.)

La rectification de cette erreur est complétée par la description des diverses anomalies de cette origine nerveuse du nerf musculo-cutané, se détachant le plus souvent au-dessous de l'anneau du coraco-brachial, pour rejoindre le tronc du médian par un trajet oblique en bas et en dedans. Cette anastomose peut être double et plexiforme, et sa direction varie naturellement comme sa terminaison. Mais le

point important de nombreuses observations sur l'homme et un grand nombre d'animaux, c'est que le nerf musculo-cutané ne doit pas être considéré comme distinct, mais comme un gros rameau du médian. L'anomalie, consistant chez l'homme en une fusion plus ou moins complète de ces deux nerfs, devient en effet le type normal chez la plupart des animaux. Sa réalité est confirmée par MM. Math. Duval et Sappey, qui, chargés de faire un rapport à ce sujet, le 30 octobre, ont conclu à l'importance de la découverte de M. Testut, en faisant imprimer son travail dans les Mémoires de l'Académie de médecine.

Clinical lectures on diseases of the nervous system (Leçons cliniques sur les maladies nerveuses), par Th. Buzzard; un vol. de plus de 400 pages; Londres, 1882.

L'importance de ces 25 leçons sur le réflexe tendineux, la pyélo-myélite, la paraplégie hystérique, le tabes dorsalis, les paralysies ascendante, agitante et diverses paraplégies, mérite d'être signalée aux médecins français érudits, quoiqu'elles soient déjà publiées partiellement dans la *Lancet*.

Elongation. Cette méthode de traitement de la douleur est en décroissance marquée, malgré son origine récente de dix ans environ. Elle ne semble pas avoir donné tous les résultats que l'on en avait espérés prématurément contre les affections nerveuses les plus rebelles et graves, comme l'ataxie, l'épilepsie, la sciatique et le tétanos. En choisissant cette opération comme sujet de la *Bradshawe lecture*, au Collège des chirurgiens de Londres, le 6 décembre, J. Marshall, en sa qualité de président, en a signalé les principaux résultats dans des tableaux synoptiques donnant la mesure de son efficacité. Après avoir noté le degré d'extensibilité et d'élasticité des différents nerfs étirés, d'après les expériences faites, et figuré les lésions histologiques en résultant par de magnifiques planches, il donne les résultats suivants des 333 applications de l'étirement contre différentes affections nerveuses :

Succès complets, 200; succès partiels, 54; douteux, 10; insuccès, 28. Morts, 41, dont 21 dans le tétanos sur 45 applications, 10 dans l'ataxie tabétique sur 48 applications et

1 dans la sciatique sur 33 cas traités par ce moyen. Les névralgies diverses ont donné le plus grand nombre de succès, soit 142 sur 168 applications. La principale indication de ce moyen est donc contre ces affections douloureuses, comme le montre cette leçon remarquable. (*Lancet*, 15 décembre.)

Elongation du nerf nasal. Cette simple opération peu être substituée, dans certains cas, à l'énucléation de l'œil, paraissant nécessaire pour prévenir l'ophthalmie sympathique. M. Badal l'a pratiquée dans deux cas de photophobie intense et de lésions plus ou moins avancées des milieux de l'œil, accompagnées de douleurs ciliaires et sous-orbitaires, avec larmoiement et écoulement nasal.

Il suffit de découvrir ce nerf par une incision de la peau au niveau de son émergence, entre la poulie du grand oblique et le tendon de l'orbiculaire. Elle fit ainsi disparaître une névralgie oculaire et péri-orbitaire, chez une femme de 33 ans, ayant résisté à l'élongation du nerf maxillaire supérieur. Une kératite avec hypopyon, pannus de la cornée, phtisie du bulbe et douleurs violentes, chez un homme de 23 ans, en furent guéris également en dix jours. Un glaucome chronique, remontant à quatre années, avec accès violents de névralgie ciliaire, ayant résisté à l'iridectomie, disparut de même chez une rhumatisante de 57 ans. Ces exemples sont donc un encouragement pour tenter une opération aussi simple avant de recourir à l'énucléation. (*Soc. de chirurgie*, janvier.)

C'est en étirant aussi le nerf nasal externe qu'un homonyme de l'illustre Trousseau prétend guérir le glaucome, quand l'iridectomie et la sclérotomie ont échoué. C'est donc un moyen extrême, avant d'en venir à l'excision. D'autres nerfs de l'orbite devraient même être soumis à cette élongation, en cas d'échec de la première. Cette conclusion résulte de dix observations, sans que le secret ni la raison du succès soient indiqués. Voy. Glaucome.

Élongation du nerf dentaire inférieur. Un homme de 41 ans souffrait depuis longtemps d'une atroce névralgie de ce nerf, avec tic douloureux de la face. M. Longuet, chirurgien de l'hôpital de Bourges, se décida à en pratiquer

l'élongation par le procédé de Michel (de Strasbourg), c'est-à-dire par la voie buccale. L'incision faite, les tissus furent décollés avec les ciseaux fermés, sur lesquels le nerf fut étiré.

La douleur disparut immédiatement; mais cet heureux résultat ne se maintint pas longtemps : elle reparaissait un mois plus tard. Seul, le tic semblait être définitivement bien guéri.

L'auteur en conclut que ce procédé est facile et peu douloureux, un bistouri et des ciseaux courbes suffisant à cet effet, sans anesthésie. L'absence de vaisseaux importants et le léger traumatisme, ne laissant pas de traces, permettent de l'employer pour obtenir un soulagement instantané. Mais, sur le rapport de M. Chauvel, la Société de chirurgie n'a pas été de cet avis, le fait ne lui paraissant pas concluant ni pour ni contre cette opération. (*Soc. de chir.*, janvier.)

Influence de l'élongation sur la température. En torturant des chiens et des lapins par l'élongation du sciatique, soit en l'étirant brusquement, en l'écrasant sous une sonde ou en l'écartant violemment avec deux pinces, sans anesthésier l'animal, M. Redard a constaté que la température du membre opéré s'est abaissée d'un à deux degrés. Elle ne s'élevait momentanément que par une distension légère, pour diminuer ensuite. Cet abaissement persiste deux à trois mois, tandis que celui du côté sain disparaît en deux à trois jours. Les troubles trophiques et l'atrophie consécutive augmentent encore cet abaissement, malgré la persistance des mouvements. Cette diminution de la température par l'étirement, en retentissant du côté sain, prouve qu'il agit sur le système nerveux central, contrairement à la contusion nerveuse. (*Soc. de biol.*, janvier.)

Suture immédiate. Cette opération rationnelle, par la cicatrisation des deux bouts, peut bien rétablir la sensibilité dans la sphère de distribution du nerf divisé, mais non les mouvements, le retour de la sensibilité ayant lieu par des voies collatérales et jamais par la continuité de l'extrémité périphérique. La régénération des nerfs dans leur continuité ne peut être obtenue chez l'homme comme dans les expériences sur les animaux. L'absence de reproduction

des tubes nerveux et le défaut de relation entre la périphérie et les centres empêchent que les muscles, innervés par les fibrilles au-dessous de la division, puissent se mouvoir comme auparavant. Telle est l'explication donnée par M. G. Richelot, qui s'est occupé spécialement de ce sujet, d'après un cas de rétablissement de la sensibilité du bras après la résection du nerf médian. La fréquence de l'atrophie musculaire consécutive à la réunion par la suture en est la preuve.

Il y a pourtant des exceptions à cette règle. Un garçon de 18 ans se coupa le nerf médian au-dessus du poignet, le 29 août 1881. Le docteur Chrétien suture les deux bouts au catgut, et, six semaines après, des séances d'électrisation sont faites. Au moment de la blessure, le pouce avait perdu son mouvement d'opposition; l'adducteur, innervé par le cubital, le rapprochait encore des autres doigts; mais la paralysie du court abducteur de l'opposant et du court fléchisseur n'était pas niable. Deux mois et demi après, l'opposition imparfaite commençait à reparaître. En saisissant les muscles superficiels de l'éminence thénar, on les sentait durcir un peu sous les doigts. Quatre mois plus tard, la main devenait plus utile et l'opposition meilleure. Enfin, dix-huit mois après, en janvier 1883, ce mouvement était correct et facile; toute la région se contractait visiblement; l'atrophie musculaire et la déformation du pouce avaient disparu. Le professeur Beaunis examina les muscles au moyen de l'appareil de Dubois-Reymond et établit avec une exactitude rigoureuse que la contraction dans les deux éminences thénar était sensiblement égale. (*Revue méd. de l'Est* et *Soc. de chir.*, novembre.)

La régénération, dans ce cas, s'explique par le jeune âge de blessé. Elle n'a été obtenue en effet dans les expériences que sur de jeunes animaux; mais elle peut avoir lieu même chez l'homme adulte, comme dans le fait suivant.

La *suture du nerf musculo-spiral radial*, exécutée par M. Holmes à l'hôpital *Saint-Georges*, cinq mois après son entière division et la restauration complète de ses fonctions, est trop rare pour n'être pas citée. D'autant plus qu'une revue des cas analogues est faite à la suite de cette observation, avec des exemples empruntés au récent mé-

moire couronné et encore inédit du *Jacksonian prize* de M. Bowlbey sur les blessures des nerfs. (*Lancet*, 16 juin.)

Une opération analogue, pratiquée le 6 octobre 1881 par M. Pick, dans le même hôpital, sur un garçon de treize ans, ayant reçu sept mois auparavant un coup de couteau sur l'avant-bras gauche, devenu impotent seulement après la cicatrisation de la plaie, est un nouveau succès à l'appui. Cet opéré, ayant quitté l'hôpital le 23 décembre seulement avec de légers mouvements de la main, avait été considéré comme un cas d'insuccès. Le long supinateur ne s'était nullement amélioré. Ce garçon, ayant été recherché, fut rencontré à Epsom, au mois de juillet dernier, et, envoyé à Londres pour son examen, il a été trouvé parfaitement guéri. La sensibilité est complète, et tous les mouvements d'extension du poignet et des doigts s'exécutent parfaitement, aussi bien que de l'autre côté. Seuls, les muscles lésés ne sont pas aussi développés qu'à droite, ce qui peut tenir à l'exercice du travail journalier de ce côté. L'extrémité bulbeuse du nerf divisé ayant été excisée pour la suture, le microscope avait montré que le gonflement dépendait surtout du périnèvre et du tissu connectif accumulé entre les deux extrémités. La compression des tubes nerveux qui en était résultée a bien pu déterminer l'atrophie du cylindre-axe et retarder ainsi leur réunion. (*Idem*, 4 août.)

NÉVRALGIES. Le domaine de l'influence syphilitique, fixé à quelques nerfs, comme le sous-orbitaire et le sciatique, s'étend sur beaucoup d'autres, d'après Seelig Muller. Les intercostaux, les rameaux du plexus brachial et l'occipital interne et externe en seraient également passibles. Les tempes en sont particulièrement le siège, et c'est en confondant cette névralgie avec les douleurs ostéocopes, si fréquentes dans cette région, qu'elle est méconnue. Un exemple en est relaté chez une femme de vingt-six ans, ayant pris sans succès pendant un mois de l'acide salicylique et du fer. La violence des accès empêchait la malade de dormir, malgré la morphine et le chloral. Interrogée sur ses antécédents, elle niait toute influence syphilitique, malgré un léger gonflement des ganglions sous-maxillaires gauches et à la face antérieure des avant-bras. Rien que le

siège de la douleur ne pouvait éclairer sur sa nature, sauf des taches lenticulaires grisâtres, considérées comme des syphilides pigmentaires par l'auteur.

Il prescrivit dès lors un gramme d'iodure de potassium par jour, et, dès le deuxième, la malade pouvait dormir sans morphine. Dix jours après, la névralgie était complètement disparue. Des frictions mercurielles, avec l'usage interne du sublimé, sont prescrites pour assurer la guérison : ce qui n'a pas empêché l'apparition d'exanthèmes caractéristiques et d'ulcérations pharyngo-buccales.

Le caractère de cette névralgie spécifique est d'apparaître tardivement et jusqu'à quinze ans après l'infection ; c'est pourquoi son origine est souvent méconnue. Elle forme un signe pathognomonique de la syphilis. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 43.)

Napelline. Elle a réussi dans un cas de névralgie faciale, qui aurait pu être pris pour la névralgie spécifique dont il vient d'être question. C'était une fille de vingt-deux ans, très bien portante, sans aucun antécédent héréditaire, bien réglée, et qui fut prise, à dix-neuf ans, de douleurs névralgiques occupant toute la tête, sous forme d'accès mensuels, sans rapport avec la menstruation. Sa tête était prise comme dans un étau, puis la douleur devint plus vive du côté droit, à la région pariétale et frontale en particulier. Au moment de l'examen par le docteur Grognot (de Milly), le 20 janvier 1882, les points sus et sous-orbitaires et le côté droit du nez étaient le siège d'une douleur des plus vives, exaspérée par la moindre pression. Du larmoiement se présentait parfois, et l'on observait alors un peu de rougeur et de gonflement local.

L'aconitine cristallisée et différentes autres médications ayant été préalablement essayées, des granules de 2 milligrammes 1/2 de napelline sont prescrits, un toutes les deux heures, et dès le soir même, après 10 granules, la douleur avait disparu. On en diminua graduellement le nombre, et la guérison paraissait complète, quand la névralgie reparut deux mois après. Il suffit de reprendre quelques granules spontanément pour la faire disparaître, et depuis cette époque la santé est restée parfaite. (*Bull. de thérap.*)

Comment distinguer de ces névralgies de la face, occu-

pant la région temporale, celle qui est de nature syphilitique ? Sa localisation délimitée ne peut toujours le permettre, et c'est en débutant par ces granules inoffensifs qu'à défaut de succès on peut essayer l'iodure et une médication spécifique.

Elongation des nerfs. (Voy. Nerfs.)

NEZ. *Hypertrophie de la muqueuse.* Les auteurs classiques signalent une hypertrophie occupant la partie située en arrière et au-dessous du cornet inférieur. Mais le docteur Noquet (de Lille) en a rencontré une sur le cornet inférieur, qui, simulant un polype, peut être traitée par l'arrachement pratiqué à l'aveugle. Une dame de trente-quatre ans, très incommodée par une sécrétion abondante de mucosités nasales qui l'empêchait de respirer par le nez depuis plusieurs semaines, se présenta au dispensaire. Un examen avec le miroir montra, dans chaque fosse nasale, une tumeur rouge, presque sphérique, grosse comme une petite noisette. Elle paraissait s'implanter sur la paroi externe et venait au contact de la cloison. Elle était située à 2 centimètres environ de l'ouverture de la narine, et l'examen au spéculum permit de reconnaître avec le stylet que cette implantation était large. En appuyant avec celui-ci, déprimant les parties molles, une résistance osseuse était perceptible latéralement. C'est là le meilleur signe diagnostique différentiel avec les polypes fibreux, ne donnant pas cette sensation. Quant aux polypes muqueux, ils sont beaucoup plus mous, et leur couleur grisâtre permet de les distinguer. Le cornet inférieur, commençant à 2 centimètres environ de l'ouverture de la narine, est un point de repère pour assurer ce diagnostic.

Au lieu de l'excision, d'insufflations astringentes ou de cautérisations locales, qui sont les moyens ordinairement employés, M. Noquet eut recours à la cautérisation galvanique avec le cautère latéral de Lœwemberg, donnant une guérison plus rapide et exempte de récidive. Coudé à angle obtus, cet instrument a une partie en platine un peu convexe, de 1 centimètre de long, située latéralement. Une plaque ovalaire, d'un axe de 2 à 4 millimètres, existe au milieu, et, grâce à cette disposition, le cautère n'agit que

sur la partie hypertrophiée, sans intéresser la cloison. La branche opposée, étant en melchior, ne peut rougir au passage du courant.

Voici le manuel opératoire : Eclairé par le miroir, le chirurgien introduit le spéculum dans la narine et en écarte suffisamment les valves. Le cautère, non chauffé, étant glissé entre la cloison et l'hypertrophie, la branche de platine est appliquée sur celle-ci. Au passage du courant, le cautère la pénètre instantanément et est retiré lentement, pour éviter l'hémorrhagie. La douleur est très supportable.

Le gonflement produit par la brûlure exaspère d'abord l'obstruction nasale et la sécrétion. Mais ces accidents disparaissent avec la chute de l'eschare, et en quinze jours la cicatrisation permettait à l'air de passer librement entre la cloison et le cornet inférieur par une ouverture de 1 centimètre au moins, dont l'opérée, soumise à la Société, présentait les traces. (*Soc. de méd. de Lille*, mai.)

O

ONANISME. *Traitement radical.* Dans les cas désespérés de pertes séminales involontaires, consécutives à la masturbation, chez les individus dont l'état physique et moral ne permet de songer ni au mariage, ni à la ressource immorale d'une maîtresse pour tenter la guérison, ne convient-il pas de secourir ces malades et de conserver leur existence aux dépens de leurs facultés génératrices? Le stigmate de la castration ne permettant pas de recourir à ce moyen extrême et dangereux, un chirurgien américain, le docteur Haynes, a tenté une opération équivalente et presque sans danger : c'est la résection d'un demi-pouce du cordon spermatique par une incision pratiquée au milieu de l'intervalle entre l'anneau inguinal externe et le testicule. La plaie est fermée immédiatement par des sutures et ne tarde pas à se cicatriser. En voici trois exemples :

Un masturbateur confirmé, de 18 ans, fut admis à l'asile d'aliénés du Hampshire à deux reprises, en 1843 et en 1845. Son état de démence étant au-dessus des ressources de l'art, cette opération fut pratiquée. Sans que son état de

démence se soit modifié, la santé générale devint si bonne par ce traitement que ce garçon fut ensuite un très utile manœuvre de ferme jusqu'en 1881, date de sa mort.

Un homme de 36 ans, adonné à la masturbation et ayant des pertes séminales nocturnes depuis plusieurs années, avait l'esprit si troublé qu'il était incapable de rien faire. Opéré le 21 mars 1872, il reprit bientôt après de l'embonpoint et des forces et put se livrer à ses affaires. Les testicules sont restés normaux en apparence, malgré la disparition complète de tout désir vénérien.

Un homme de 30 ans, livré à la masturbation et ayant des émissions nocturnes involontaires, était réduit à un tel état de maigreur et de faiblesse qu'il était incapable de marcher sans aide. Sans être aliéné, son esprit était troublé, et il ne pouvait se nourrir suffisamment. La résection du cordon fut pratiquée en 1878, et le corps reprit bientôt de la force et de la vigueur. Cet homme succomba subitement, le 22 février 1882. (*Boston med. journ.*) V. Otite.

Onanisme seul et à deux, sous toutes ses formes et leurs conséquences, par le docteur P. Garnier, auteur du *Mariage* et de *l'Impuissance*, etc.; un vol. in-12 de 562 pages; Paris, 1883, Librairie Garnier frères, éditeurs.

La diminution croissante de la natalité française accuse un mal latent et caché, individuel et social, comme le fléau prédominant qui menace notre nationalité. Il serait superflu d'en chercher la source et le secret ailleurs que dans le malthusianisme, à moins d'en accuser gratuitement une stérilisation fatale ou une dégénérescence virile jetée comme un sort sur notre race. Le positivisme régnant s'y oppose, et c'est précisément à son influence néfaste, prétendant tout régler à volonté, jusqu'à l'acte et la fonction les plus spontanés et involontaires, qu'ils sont matérialisés et soumis, ravalés au rang des besoins les plus vulgaires et grossiers de l'organisme. Des procédés artificiels, nombreux et variés, sont imaginés et vantés à qui mieux mieux, sous des euphémismes que tout le monde comprend, pour mieux en répandre et généraliser l'usage. Adoptés et reçus, ces synonymes, différant suivant les lieux et la société, sont employés couramment haut et ferme, sans adjectifs ni phrases, pour désigner toutes les formes de ce mal redoutable, en lais-

sant à chacun la liberté de les interpréter à son gré, son goût individuel ou son usage particulier.

Tel est le fléau à combattre; l'ennemi, c'est l'onanisme protéiforme, caché, secret, mystérieux, plus terrible et dévastateur à lui seul que la guerre, la peste et la famine, en tarissant les sources mêmes de la vie ou en en étouffant les germes sur place. Il faut donc le démasquer sous ses aspects multiples, pour l'atteindre plus sûrement dans ses difrentes formes et leurs variétés, à tous les âges et les diverses conditions de la vie des deux sexes, isolément, entre eux et même avec les animaux, en le poursuivant jusque dans son antre et son repaire le plus redoutable aujourd'hui : la couche conjugale. Tous ses stratagèmes doivent être dévoilés, dénoncés devant la morale et la vindicte publiques, afin de faire rougir et rendre honteux d'eux-mêmes ceux qui s'en rendent coupables et les faire revenir de leurs égarements.

Un exposé général montre à cet effet la définition et l'origine de ce mal redoutable avec ses différences sexuelles. Ses causes prédisposantes et occasionnelles, générales et locales, internes et externes, publiques et privées, physiques et morales, sont indiquées dans tout ce qu'elles ont de commun, ce qui les enchaîne et les relie à ce vice. Ses signes, ses conséquences et son traitement, préventif et curatif, sont signalés de même dans un langage n'ayant rien de technique, de manière à être compris de tous les gens du monde, auxquels ce livre s'adresse spécialement. C'est dire que la pudeur y est sévèrement respectée dans les termes comme dans les actes, de manière à en mettre la lecture à la portée des enfants et des femmes, aussi bien pour s'en prémunir que pour s'en guérir.

Il ne s'agit donc pas seulement ici de la masturbation et la manuélisation, comme on se borne trop souvent à considérer l'onanisme. C'en est là sans doute la forme primitive et capitale, par la facilité de s'y livrer seul, en tout temps et en tout lieu, le jour comme la nuit, debout, assis et couché, à tout âge, à la ville et à la campagne, sous tous les climats et aux différentes latitudes; ce qui en fait le mal sans douleur, la maladie universelle, le vice odieux et funeste qui entraîne la ruine du corps et de l'esprit en s'attaquant surtout à la jeunesse. De là les développe-

ments qui y sont consacrés comme le plus funeste et le plus fréquent chez les deux sexes, en l'étudiant séparément chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte et le vieillard, avec ses effets différents et les moyens spéciaux d'y remédier.

Mais à cette forme s'en ajoutent bien d'autres, qui ont encore plus de gravité par les difformités, les blessures, les altérations et les maladies qu'elles impriment aux organes servant à leur exercice et qui en sont les stigmates distincts et flétrissants. De là leur criminalité et les peines judiciaires qu'elles entraînent. Ce sont les formes mécanique, vulvo-vaginale, buccale, mammaire, anale et bestiale, avec leurs variétés suivant l'âge et le sexe. Des distinctions, basées sur des règles positives, séparent ainsi la tribadie du saphisme chez la femme, comme la pédérastie de la sodomie chez l'homme, confondues jusqu'ici par tous les auteurs. Établies sur des faits et des documents authentiques, toutes ces espèces et variétés distinctes sont décrites sous leurs traits spéciaux, avec les conséquences dont elles sont passibles, dans autant de chapitres séparés. Réunis pour la première fois dans ce livre sous le titre générique d'onanisme, ces pratiques apparaîtront avec leur véritable caractère ignominieux, pénal et criminel et toute la réprobation qu'elles méritent. Puissent-elles, ainsi présentées, offrir toute l'horreur inspirée par ce malthusianisme abominable et le faire bannir à jamais de la société française, qu'il dépeuple et dévaste en la déshonorant.

OOPHORECTOMIE. Voy. Ovariotomie.

OPHTHALMOLOGIE. *Phénomène pupillaire.* L'immobilité de la pupille chez l'enfant ayant des convulsions ou plongé dans le coma, quelle que soit la cause de ces états, peut servir au diagnostic et au pronostic, suivant le professeur Parrot. Si l'on pince brusquement et vivement la peau à l'épigastre par exemple, on voit immédiatement l'ouverture pupillaire s'agrandir dans des proportions variables, au point de doubler et tripler de diamètre, pour revenir à son état dès que l'on cesse d'agir. Ce fait coïncide ordinairement avec une lésion manifeste des centres nerveux, comme la méningite tuberculeuse, l'hémorrhagie pie-mérienne, l'hydrocéphalie chronique et divers autres états mal

déterminés, où l'encéphale l'emporte sur la capacité crânienne.

Lorsque la pupille très contractée ne subit aucun changement par ces pincements, alors que des mouvements de la face et des membres en résultent, c'est le signe qu'il n'existe aucune altération appréciable des centres nerveux. Il n'y a jamais alors de compression cérébrale, malgré l'œdème ou la congestion de la pie-mère. La dépression de la fontanelle avec œdème et le relief des circonvolutions dans l'athrepsie en sont la preuve. On peut juger ainsi que ce défaut de dilatation des pupilles par le pincement de la peau est la négation de la méningite et de l'hémorrhagie pie-mérienne. Il s'agit le plus souvent d'une asphyxie avancée, rendant la mort imminente. (*Revue de méd.*)

Migraine ophthalmique. Si simple qu'elle soit en apparence, il faut toujours prévoir la possibilité d'accidents graves transitoires ou permanents, sinon mortels. D'où la nécessité d'en rechercher les causes provocatrices pour les éviter plus sûrement. Un malade observé par M. Féré était repris de la migraine au moindre voyage, si court qu'il fût. En se bornant d'abord à des troubles visuels, hémianopsie, scotome, etc., cette affection est suivie d'une céphalalgie localisée, se terminant par des vomissements. Elle s'accompagne graduellement d'autres phénomènes plus sérieux, qui, fugaces d'abord comme la migraine, s'établissent après un certain temps à l'état permanent.

Ce syndrome amènerait peu à peu, par la répétition d'un trouble dynamique pendant plusieurs années, une lésion corticale. Dans la migraine simple, il existe une constriction, passagère d'abord, des vaisseaux, sous l'influence d'un trouble du système nerveux sympathique. Peu à peu, cette constriction devient permanente, arrive jusqu'à l'oblitération presque complète des vaisseaux et détermine une thrombose, d'où résulte la mort des tissus compris dans le territoire vasculaire atteint. De là les paralysies, les aphasies plus ou moins permanentes et même des phénomènes épileptoïdes consécutifs aux accès répétés de la migraine ophthalmique. Le professeur Charcot a même signalé ce syndrome au début de la paralysie générale progressive, et M. Parinaud en a observé un second cas mortel. (*Revue de méd.*)

Extraction d'un corps étranger de la rétine par l'aimant. Un mécanicien avait reçu dans l'œil un éclat d'acier, qui, après avoir traversé la cornée, l'iris et le cristallin, était venu se loger sur la rétine. Malgré l'opacité commençante du cristallin, le corps étranger était parfaitement visible à l'ophthalmoscope. M. Galezowski fit une section scléroticale et ouvrit complètement la coque oculaire. Puis, à l'aide d'un stylet aimanté, il pénétra dans l'intérieur de l'œil et fut assez heureux pour ramener le morceau d'acier à travers le corps vitré. L'opération n'eut aucune suite. L'œil et la vision se sont conservés.

Ce procédé, inauguré en Angleterre par Blackwell, avait été accueilli peu favorablement de la Société de chirurgie, qui en avait reçu communication. Tout en acceptant le résultat obtenu, elle fit des réserves sur le sort de l'œil opéré. L'exemple précédent, unique jusqu'ici en France, répond victorieusement à ces doutes. La cataracte traumatique est devenue complète et a été extraite avec un entier succès. La vision de l'œil opéré était excellente un an après l'extraction du corps étranger, et il est à croire que, si des accidents avaient dû se produire, ce serait déjà fait. (*Clinique des maladies des yeux.*)

Action du jéquirity. Elle est toujours vivement contestée. Tandis que, à Gand, M. Deneffe dit n'en avoir obtenu aucun résultat dans le cas de granulations vraies (*Recueil d'ophthal.*, mai), M. Terson prétend que c'en est la principale indication, et des observations faites en Algérie par le docteur Sedan ont été suivies de succès. (*Revue méd. de Toulouse*, juillet.)

Le docteur Foucher (de Montréal) l'a employé dans 51 cas, soit en infusion, soit en poudre. Ce dernier procédé est le plus fidèle, en déposant directement sur la conjonctive, avec un pinceau, la poudre très fine de la graine que l'on entraîne par un lavage minutieux après un contact de quelques secondes. Il a surtout réussi contre les granulations sèches avec pannus. La douleur est courte, et aucun danger sérieux n'est à craindre, sans maintenir les patients dans l'obscurité. (*Union méd. du Canada*, septembre.)

A Lyon, au contraire, cette action est jugée comme nulle et aurait même de sérieux inconvénients, suivant

M. Bordet. Il est donc probable que la qualité de la graine et le mode dont on l'a employée sont les principales causes de ces contradictions. Ce nouvel agent ne mérite probablement ni l'action spécifique que lui a attribuée son auteur, ni la négation absolue de son efficacité. Il a rendu des services très réels entre les mains d'oculistes compétents, et il semble préférable de l'employer avant les inoculations, quand un œil est compromis. Le *modus faciendi* d'un agent aussi actif doit être assez délicat pour ne pas désespérer de le préciser davantage afin d'en obtenir les bienfaits sans inconvénient.

ORCHITE. Son traitement est toujours très discuté. A l'insu des ponctions, pratiquées avec la lancette, on a préconisé de simples applications topiques avec suspension du scrotum et repos. Ces différents moyens ont évidemment leur raison d'être, suivant la cause du mal et son intensité. L'orchite simple succédant au cathétérisme guérit le plus souvent comme elle est venue. Il suffit de cesser celui-ci, de soutenir le testicule sur un coussin et de verser une petite cuillerée à café de laudanum sur la partie malade, en la recouvrant d'un cataplasme, pour que le mal disparaisse.

L'orchite traumatique guérit le plus souvent de même, et peu de celles d'origine blennorrhagique y résisteraient, en se bornant à ces moyens topiques et en laissant l'écoulement sans traitement. C'est ainsi que le docteur Rocha, en guérissant ses malades par le décubitus dorsal ou latéral avec élévation du scrotum sur un coussin et des frictions laudanisées de deux en deux heures, ne fait rien de nouveau. Au lieu de frictions, des lotions ou des fomentations avec le laudanum à plus haute dose sont bien mieux applicables. (*Riv. ital. di terapia.*)

Orchite typhoïdique. C'est là une complication si rare au déclin de la fièvre typhoïde que les auteurs spéciaux, comme Louis et Murchison, ne la signalent même pas. En 1864 seulement, il en fut question en France et une ou deux observations en ont été relatées depuis d'une manière intermittente jusqu'à ce jour. (Voy. *année* 1878.)

Elle est si rare et peu intense en Angleterre que les médecins anglais ne l'ont observée qu'à Malte, dans le cours

des fièvres continues, endémiques dans cette île. Elle n'est pas plus constatée en Allemagne, Kocher n'en faisant pas mention dans son *Traité des maladies du testicule* en 1874. Liebermeister dit avoir vu survenir pendant la convalescence une orchite ou une épididymite 3 fois sur 200.

Le docteur A. Ollivier y insiste pourtant, en en ayant observé trois cas dans le cours de sa longue carrière hospitalière, et, en les réunissant à tous ceux qu'il a pu collecter en France et à l'étranger, il arrive à un total de 22. Dire après cela qu'elle n'est pas rare et qu'elle doit prendre place parmi les complications de la dothinentérie est évidemment exagéré, malgré les 5 observations qui sont venues s'y ajouter en dernier lieu. Qu'elle se manifeste au déclin de la fièvre typhoïde ou durant la convalescence, on peut dire bien plus justement qu'elle est une exception très rare et presque une curiosité. Il faut même se demander si elle n'est pas plutôt produite par la masturbation que par la maladie même; à ce titre seul, elle mérite d'être citée, car elle n'est d'ailleurs pas grave et ne résiste guère aux moyens ordinaires. (*Revue de méd.*, octobre et novembre.)

ORDONNANCES. Cet acte du médecin, analogue à la minute du notaire comme à celui de tout officier ministériel, a été l'objet de tant d'interprétations et de discussions diverses par les abus, les accidents et les malheurs qui en sont résultés qu'une véritable réglementation se fait sentir d'après l'importance variable accordée par le pharmacien à cette feuille ou ce carré de papier volant. Il n'est pas d'année que de nouveaux faits ne viennent rappeler cette question devant les tribunaux. Un pharmacien a été ainsi condamné, récemment, à des peines très sévères et des dommages-intérêts considérables pour avoir abusivement délivré à l'une de ses clientes des quantités énormes de morphine sur une seule ordonnance qu'elle représentait incessamment. Cette morphiomane finit par mourir, et le mari intenta des poursuites sous le chef d'homicide par imprudence. Voici l'un des considérants du jugement :

« Attendu qu'en admettant qu'un certain relâchement se soit introduit dans la pratique et qu'il en soit résulté une tolérance d'une seule ordonnance pour obtenir plusieurs fois le même médicament, il est évident que cet

emploi ne doit pas se répéter ni se prolonger indéfiniment et devenir, par l'effet de la complaisance coupable d'un débitant, un moyen frauduleux d'éluder la loi et de se procurer des substances vénéneuses en quantité considérable. »

S'il est vrai que les pharmaciens ne peuvent délivrer des médicaments composés que sur la prescription d'un médecin et que cette obligation est surtout rigoureuse pour les poisons, avec charge par eux de transcrire ces ordonnances sur un registre spécial, comme des lois, décrets et circulaires l'établissent, nulle part la répétition d'une ordonnance n'est visée dans ces dispositions légales. « Il n'existe actuellement, a dit M. Chaudé, aucune disposition légale qui empêche un pharmacien de répéter une ordonnance; la seule chose qu'exige la loi, c'est que, chaque fois qu'il renouvelle une prescription, le pharmacien la transcrive sur un registre *ad hoc*. Il y a donc là une lacune qu'il est important de combler. » (*Soc. de méd. légale*, 11 juin.)

Tous les jours une prescription est renouvelée, avec ou sans l'avis du médecin, même de préparations dangereuses, comme le laudanum, l'émétique, la digitale et tant d'autres, sans scrupule du pharmacien, dès qu'il connaît les personnes qui les lui demandent. Des médecins soigneux, comme le professeur Brouardel, peuvent bien inscrire sur une formule dangereuse : *N'exécutez qu'une fois*, mais c'est là une précaution toute personnelle et bien rare. Chaque médecin, au contraire, s'expose tous les jours bénévolement à ce que des malades mal intentionnés abusent de sa signature. De là l'utilité d'une législation spéciale à cet égard. Il suffirait par exemple que la date de la prescription coïncidât avec son exécution.

Une circulaire ne suffit pas à cet égard. Un ministre peut bien en adresser pour un cas particulier. La vente des poisons est surtout l'objet de ces circulaires par les malheurs en résultant. (Voy. Exercice, 1881.) Mais ce qui est applicable à un cas ne l'est plus à l'autre, et une loi minutieuse, émanant du corps médico-pharmaceutique et visant tous les cas, est absolument indispensable pour prévenir tout abus et excès à cet égard.

OSTÉITE. Entre l'os et son enveloppe le périoste, aussi bien que la moelle des os longs, les relations sont si intimes et profondes qu'il est toujours difficile et souvent impossible même de fixer l'origine de l'inflammation qui les atteint. La périostite phlegmoneuse et l'abcès sous-périostique, distingués par Chassaignac de l'ostéomyélite, ont été ainsi réunis depuis, au nom même de l'histologie, par MM. Lannelongue et Trélat. Mais cette confusion n'a pas été sanctionnée par la clinique, et le professeur Gosselin a surtout protesté énergiquement contre elle. (V. Ostéomyélite, 1879.) Un fait recueilli par M. Larger démontre positivement cette démarcation. Un garçon de douze ans et demi fait une chute antérieure, amenant sans doute une entorse juxta-épiphysaire du tibia qui passe inaperçue. Pendant la convalescence d'une scarlatine, apparaît un point douloureux immédiatement au-dessous du cartilage conjugal supérieur du tibia, avec un peu de gonflement ; fièvre légère, 38 degrés. En deux à trois jours, la douleur augmente considérablement, la fluctuation profonde se manifeste, l'œdème des parties molles reste limité à la tête du tibia, mais sans bourrelet terminal ni rougeur à la peau. L'état général, d'abord bénin, devient rapidement typhoïde.

On incise jusqu'à l'os, et l'on trouve un manchon périostique de pus phlegmoneux entourant toute la partie supérieur du tibia gauche. C'étaient bien là les caractères classiques de la périostite phlegmoneuse.

Or la trépanation de l'os à ce niveau mit à nu un vaste foyer purulent, occupant toute la tête du tibia, foyer qui fut complètement évidé. On constata l'intégrité absolue de la moelle, dont le canal était séparé du foyer purulent par une certaine épaisseur de tissu osseux sain.

Une arthrite purulente du coude droit se déclara ensuite, avec gonflement douloureux de l'épiphyse inférieure de l'humérus. Aspiration, immobilisation, guérison avec ankylose.

Que l'os ou le périoste aient été primitivement atteints dans ce cas, le terme d'ostéo-myélite est également impropre, puisque le centre de l'os était intact. C'est alors un simple phlegmon, ou abcès osseux. D'où l'indication de l'ouverture précoce dans l'endroit le plus douloureux à la pression et la trépanation sur le bulbe osseux, comme

l'appelle M. Lannelongue. Cette affection peut exister en effet dans les os longs, sans que le canal médullaire soit atteint, comme elle se montre dans les os courts et plats privés de moelle. La myélite en est une complication, comme le décollement des épiphyses et l'arthrite purulente.

Ce phlegmon osseux se montre sous deux formes, aiguë et chronique, distinguées par M. Gosselin. Le point de départ en est toujours dans le voisinage du cartilage de conjugaison. Il apparaît aussi pendant l'adolescence, comme les abcès thoraciques des jeunes soldats. Il est infectieux et même virulent. D'où la nécessité de l'évidement de l'os après l'ouverture du foyer purulent. (*Soc. de chirurgie*, janvier.)

Ostéite condensante de l'apophyse mastoïde. Une très grande confusion existe sur l'étiologie de cette affection. Tandis que l'inflammation des cellules mastoïdiennes, au lieu d'entraîner la carie de l'os, pouvait déterminer l'hyperplasie partielle ou totale de ces cellules, d'après le docteur Agnew, la plupart des autres auteurs considéraient l'hyperostose mastoïdienne comme une variété distincte de l'inflammation de ces cellules. Elle succède à une inflammation catarrhale chronique ou purulente de l'oreille moyenne, d'après Buck, sans symptômes marqués, tandis que Hartmann prétend qu'elle détermine des douleurs violentes. Green, de Boston, avait pourtant diagnostiqué et vérifié l'hyperostose par la trépanation en 1876, sans symptômes marqués antérieurs.

Revenant sur son opinion de 1873, le docteur Buck constate aujourd'hui que l'hyperostose n'est que la phase ultime de l'ostéite plus ou moins marquée et toute spéciale, c'est-à-dire condensante, des cellules mastoïdiennes ; sa marche insidieuse s'accompagne rarement de symptômes graves, et elle n'est ainsi généralement découverte qu'après la mort. La membrane très mince qui tapisse ces cellules servant à la double fonction de muqueuse et de périoste, on comprend qu'une congestion chronique en produise, d'une part l'épaississement, et d'autre part l'hypertrophie de l'os qu'elle nourrit. Alors, à la place de l'air contenu normalement dans ces cellules, on trouve une masse osseuse dense, dont la substance est pénétrée par de petites

collections de tissu connectif vasculaire. D'où l'hyperostose.

Un exemple observé sur un médecin de la Caroline du Sud, âgé de cinquante-six ans, sert de démonstration. Un peu de douleur locale, avec céphalalgie et fièvre, en fut le début, auquel deux saignées coup sur coup mirent fin. Mais les accidents reparurent bientôt à l'occasion d'un refroidissement, avec douleur à la nuque, à l'apophyse mastoïde gauche, s'irradiant à l'articulation maxillaire de ce côté. Un écoulement de l'oreille s'ensuivit, et la douleur s'étendit bientôt à toute l'oreille.

L'examen montra le conduit auditif normal, sauf une perforation du segment antérieur du tympan, trompe d'Eustache libre, traces de pus dans l'oreille moyenne. Tuméfaction et douleur à la pression des parties molles externes. Une consultation avec Wood et Knapp décida la trépanation au niveau de la paroi postérieure du conduit. Faite immédiatement sans anesthésie, elle ne rencontra pas de cellules à une profondeur de 3/5 de pouce. Malgré l'amélioration en résultant momentanément, les douleurs reparurent, et une seconde trépanation eut lieu un mois après, décelant la congestion de l'os, sans pus. La continuation des antiphlogistiques locaux amena un écoulement de pus par la plaie, le gonflement diminua; deux mois après, la guérison était complète, et ce confrère put reprendre ses occupations.

La persistance d'une douleur franche dans la région mastoïdienne et autour, en indiquant la présence du pus dans la caisse et l'absence d'une otite interne, doit faciliter le diagnostic. La rougeur avec gonflement et douleur à la pression sur l'apophyse est une preuve presque absolue d'ostéite condensante, et son augmentation de volume en est la confirmation. L'existence antérieure d'une inflammation purulente, chronique, de l'oreille moyenne, suffit pour indiquer la réduction des cellules mastoïdiennes, sinon leur oblitération, et exige ainsi la trépanation. (*Med. Record*, mars, et *Revue médicale*, juin.)

Ostéite névralgique. Elle n'existe pas au sens rigoureux du mot, d'après le docteur Heydenreich, de Nancy, car, à défaut de pus, la douleur ne peut siéger dans l'os, puisqu'il est insensible dans l'état sain. Et, détruisant une à une les raisons invoquées par le professeur Gosselin pour admettre

cette variété, qu'il guérit par la trépanation (Voy. *année* 1875), il admet, d'après les faits de M. Ollier, que la tension du périoste détermine ces douleurs. Ce serait donc une *périostite névralgique*.

D'où l'indication de ne pas trépaner l'os primitivement, mais de diviser et libérer préalablement le périoste au siège même de la douleur. La persistance après cette division justifierait seule cette opération. Il est probable, en pareil cas, que du pus existe, en si minime quantité soit-il, et il s'agit d'en rencontrer le foyer pour obtenir la guérison. (*Soc. de méd. de Nancy*, avril.)

Aucun fait personnel n'est malheureusement produit à l'appui de cette ingénieuse hypothèse. Celle de la névralgie ne repose, il est vrai, sur aucune pièce anatomique ; mais il ne suffit pas de nier en pareil cas, il faut démontrer. C'est aux praticiens qui en trouveront l'occasion de décider cette question intéressante.

Ostéite tuberculeuse. C'est la carie des os, d'après les recherches histologiques de MM. Poulet et Kiener. Nélaton les aurait séparées à tort en 1836, car ils ont constamment retrouvé les caractères du tubercule dans la carie, tandis que la dégénérescence graisseuse des corpuscules osseux a toujours manqué comme distinguant celle-ci. Les tubercules osseux dans leur évolution se présentent sous trois formes :

Primitif et chronique, aboutissant à la nécrose d'une portion limitée du tissu osseux et à la formation d'une caverne contenant un séquestre;

Tardif et à évolution rapide, envahissante, se développant sur un organisme épuisé, dans un squelette déjà altéré et graisseux : la carie fongueuse classique, sorte d'ulcère de l'os, appartient à cette forme;

Aigu, c'est l'analogue de la pneumonie caséeuse.

En étudiant ces différentes formes cliniques et en apprenant à les reconnaître, il sera permis de leur faire des applications chirurgicales distinctes. D'une manière générale, la première forme est curable par des opérations partielles, comme l'évidement, l'extraction de séquestres, le grattage; tandis que la seconde entraîne des opérations plus radicales, des résections et même le sacrifice des membres. (*Soc. de chir.*, décembre 1882.)

Anatomie pathologique des ostéites, thèse d'agrégation, par le docteur Dubar, professeur agrégé à la Faculté de Lille.

Ostéo-périostite hémorrhagique. *Variété nouvelle*, établie par le professeur Tédenat, de Montpellier, et caractérisée par un épanchement sanguin plus ou moins abondant entre le périoste et l'os, présentant l'un et l'autre des lésions inflammatoires d'intensité variable. Aucun traité de chirurgie n'en fait mention, et la description suivante repose seulement sur les observations personnelles de l'auteur et les pièces anatomiques présentées à la Société pathologique de Londres en 1876 et 1877.

Elle survient dans le jeune âge, lors de la fièvre de croissance, dont les manifestations juxta-épiphysaires seraient une ébauche en s'arrêtant à la période fluxionnaire. Les causes ordinaires sont : une contusion, les marches forcées, les fatigues prolongées, mais surtout l'influence des maladies générales, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde. Un cas en a été observé sur la diaphyse du tibia chez une nourrice, trois mois après l'accouchement; Virchow a noté les ostéo-périostites farcineuses. L'état lymphoïde de la moelle des os, signalé par Burch, chez les individus morts de ces différentes maladies, peut déterminer l'épanchement sanguin, au même titre que la destruction des globules rouges ou d'autres modifications chimiques du sang.

Son siège principal est l'extrémité des os longs et en particulier l'articulation fémoro-tibiale. Elle s'annonce par une douleur spontanée, sourde au début, puis pulsatile, térébrante, pénible, avec tuméfaction consécutive à travers un œdème inflammatoire plus ou moins considérable et une masse dure, moins étendue, dont les limites sont marquées par un bourrelet assez nettement saillant. Peau rouge, parfois marbrée et sillonnée de veines dilatées. Du troisième au quinzième jour, la tumeur profonde devient franchement fluctuante. Une arthrite sèche de l'articulation voisine en est la conséquence.

La fièvre varie suivant l'intensité des symptômes locaux; l'épanchement, en se résorbant dans les formes légères, laisse une plaque d'hyperostose. Il peut persister sans modification appréciable et se termine le plus souvent par la

transformation purulente. De là la différence du pronostic, suivant que les malades sont plus ou moins menacés par leur constitution.

Toute la différence avec l'ostéo-périostite simple ne consiste souvent que dans la fluctuation de la collection sanguine. Celle-ci existe sans frisson et persiste souvent plusieurs jours sans modification appréciable ; la formation du pus donne seule lieu aux accidents.

Le traitement consiste dans le repos absolu dès le début de la douleur avec onctions mercurielles belladonées et cataplasmes. Une incision précoce est indiquée si l'inflammation intense ne paraît pas susceptible de résolution. Il faut inciser sans retard dès que la fluctuation est manifeste, ruginer les parties nécrosées s'il en existe et panser antiseptiquement. S'il y a décollement total d'une épiphyse, la résection ou l'amputation du membre est mise en question. Le traitement interne est indiqué par l'état général du malade dans le choix des toniques ou du sulfate de quinine.

Les lésions rencontrées sur les pièces anatomiques consistaient dans le décollement du périoste par la collection sanguine placée entre lui et l'os. La quantité de sang varie d'une cuillerée à deux verres; il est rouge, clair et ordinairement liquide; mélangé de pus à partir du huitième jour. Cette membrane a perdu son aspect fibreux nacré : elle est épaissie, hyperémiée, d'un rouge foncé. Les lésions de l'os sont en général très superficielles, et il n'existe ordinairement pas de nécrose appréciable quand la lésion est légère; lorsqu'elle est profonde, le périoste est décollé sur une grande étendue, il y a de la nécrose, et l'épiphyse se sépare de la diaphyse. (*Montpellier méd.*)

C'est sous le titre de *phlegmon osseux* que le docteur Larger propose de désigner ces cas, car, en ne pénétrant pas jusque dans la moelle, la périostite phlegmoneuse ne saurait constituer une ostéo-myélite. Le fait est d'ailleurs démontré par l'existence de cette affection dans les os courts ne renfermant pas de moelle. Ce phlegmon osseux, diffus ou circonscrit, en pouvant devenir infectieux, exige d'ailleurs une trépanation précoce. (*Soc. de chir.*)

Ostéo-myélite chronique ou prolongée. A cette nouvelle

interprétation étiologique des affections chroniques des os, hyperostose, abcès central, fistule ou nécrose, formulée par M. Lannelongue (*V. année* 1879), un secours puissant est donné par M. Reclus, apportant de nouveaux faits inédits au débat. La syphilis, la scrofule, le traumatisme vont certainement perdre la plus grande part de leur action supposée dans ces affections chroniques, latentes et obscures des os longs, courts et plats. Les preuves fournies par l'auteur, autant que la précision, l'accent ferme et convaincu qu'il met à les produire, la décision avec laquelle il en affirme et en démontre le mode d'action, ne peuvent que convaincre les hésitants et détruire tous les doutes. Par sa concision même, cette simple adhésion au mémoire original servira certainement plus que lui à en faire accepter l'interprétation et à la vulgariser. (*Gaz. hebdomad.*, n° 4.)

OTITE. *Influence des oreillons*. Trois ou quatre jours avant l'apparition des oreillons, un jeune soldat éprouva des bourdonnements dans les oreilles avec diminution de l'ouïe, douleurs de tête assez vives et élancements au fond de l'oreille gauche. La surdité devint complète après la guérison des oreillons, en commençant à gauche, sans le moindre écoulement, ni vertiges, ni troubles de l'équilibre.

L'examen le plus attentif ne permit pas au docteur Lemoine de découvrir la moindre lésion ni dans le pharynx et les trompes, ni dans l'oreille externe ou moyenne. Les moyens les plus divers pour s'assurer que le malade avait encore quelques perceptions auditives ou pour se mettre à l'abri d'une fraude restèrent sans résultat, et il fut réformé.

9 cas semblables paraissent avoir été publiés jusqu'ici, bien que des auristes comme Toynbee prétendent que cet accident est très commun. Il s'agit d'une surdité brusque, complète, indépendante de toute lésion inflammatoire de l'oreille moyenne et ayant vraisemblablement son siège dans le labyrinthe. La lésion en est encore inconnue, un épanchement séreux ou hémorrhagique est seulement probable. Pour les auteurs, c'est une manifestation locale de la maladie générale qu'on désigne sous le nom d'oreillons, au même titre que l'orchite, l'ovarite, la mammite, etc., mais beaucoup plus rare. (*Soc. des sciences méd. de Lyon.*)

Action de l'onanisme. L'influence des excitations sexuelles sur les maladies de l'oreille est surtout manifeste chez les personnes atteintes du vice de l'onanisme, dit Weber Liel. Un jeune homme ayant une otite chronique avec écoulement purulent, perforation du tympan et granulations intra-tympaniques, était venu de la campagne pour suivre un traitement en entrant au collège. Deux mois et demi après s'y être soumis régulièrement, la portée auditive, très affaiblie, s'accrut, et les granulations étaient imperceptibles, l'écoulement presque tari, lorsque subitement la maladie changea d'allure. Tous les symptômes s'aggravèrent, et les moyens employés si efficaces auparavant restaient sans effet. Un changement s'observait dans l'état général et dans la physionomie. Ce garçon avait contracté l'habitude de la masturbation, à laquelle un condisciple vicieux l'avait initié. Le traitement ne put être repris avec succès qu'après avoir affranchi le malade de cette dangereuse habitude. (*Monatschr. für ohrenheilk.*, n° 9, et *Ann. des mal. de l'oreille*, novembre.)

Otite parasitaire. La présence de végétations d'*aspergillus*, en entretenant certaines affections de l'oreille, exige un traitement parasiticide, sans lequel les moyens ordinaires restent inefficaces. Voici le procédé indiqué par le docteur de Theobald. On nettoie l'oreille avec la seringue et la sonde, de manière à la débarrasser des sécrétions et autant que possible des végétations qui la recouvrent. On essuie sans laisser l'oreille trop sèche. Puis, à l'aide d'un insufflateur, on remplit la partie interne du conduit auditif avec un mélange d'oxyde de zinc et d'acide borique, en comblant en outre l'oreille avec de la ouate boratée. Chez une jeune fille atteinte de furoncles de l'oreille externe, traitée d'abord par la vaseline et le baume tranquille, l'extrémité interne du conduit auditif ayant été trouvée couverte d'aspergillus, l'oreille fut nettoyée et remplie de la poudre zinco-boracique. Cette seule application suffit à déraciner le parasite et faire disparaître l'inflammation. La douleur ni l'écoulement n'ont plus reparu. Dans un autre cas, l'oreille était complètement remplie de productions fongueuses, déterminant seulement un peu de prurit. Le traitement fut le même et réussit parfaitement. Un ouvrier atteint depuis douze mois d'un écou-

lement des deux oreilles, avec douleur et démangeaison, fut guéri de même. Dans tous les cas semblables, les accidents paraissent dus à l'aspergillus; l'auteur s'est assuré, par des expériences spéciales, que la destruction du parasite est due à l'action de l'acide borique; l'oxyde de zinc n'est qu'un adjuvant utile. (*Ann. des maladies de l'oreille.*)

OVARIOTOMIE. Ses progrès résultent de la statistique suivante en Italie par le docteur Penizzo. Les cent premières ovariotomies ne purent être recueillies que dans un espace de dix-neuf ans et donnèrent 63 pour 100 de mortalité. La deuxième série semblable fut complète en deux ans et demi avec trente-six morts seulement. De même de la troisième, accomplie dans un laps de temps égal, avec soixante-quatorze guérisons. C'est donc un encouragement pour l'avenir. (*Raccogl. med.*, juillet.)

Anesthésie incomplète. S'inspirant sans doute de l'anesthésie à la reine, c'est-à-dire incomplète, et encouragé par les expériences du professeur König, ayant enlevé avec succès plusieurs kystes abdominaux sans anesthésie, le docteur Riedel a pratiqué deux ovariotomies dans les conditions suivantes : On donna seulement une très petite quantité de chloroforme avant de commencer l'incision de la peau et de la ligne blanche, en cessant complètement dès que l'incision du péritoine fut commencée. Pendant l'extraction du kyste, les malades burent du vin, et nulle trace de collapsus ne se manifesta; le déplacement de la masse intestinale se fit facilement. La ligature du pédicule faisait redouter une vive douleur; mais, tout en le traversant à deux reprises et en l'exécutant avec un gros catgut, une légère expression de souffrance en résulta à peine. La suture du péritoine au catgut ne fut pas plus douloureuse, et celle de la paroi abdominale fut la plus pénible.

L'opération fut suivie d'un bien-être parfait, avec appétit, sans prostration, bien que l'un des kystes contînt 32 litres de liquide. Pas une seule goutte n'en tomba dans le péritoine, par le calme qui régna dans l'opération. Le pansement du pédicule avec la poudre d'iodoforme ne détermina aucun accident, et les deux femmes guérirent parfaitement.

L'avantage de ce procédé est d'éviter le vomissement qui compromet souvent le résultat final en faisant sauter les sutures et en provoquant des hémorrhagies et des accidents inflammatoires. L'opération ne serait sans doute pas aussi facile en cas d'adhérences, étendues surtout; mais on pourrait toujours recourir immédiatement au chloroforme s'il en était besoin. (*Revue des maladies des femmes.*)

Enclavement dans le ligament large. Cette complication grave s'est rencontrée récemment dans trois ovariotomies successives pratiquées par le docteur Terrillon. La décortication du kyste ayant été assez facile dans le premier cas, l'opérée guérit, mais elle fut absolument impossible dans les deux autres. Une portion du kyste dut ainsi être laissée en place, et l'une des opérées est par là menacée de récidive, tandis que l'autre a succombé le vingt-cinquième jour à une péritonite purulente.

Voici les mesures employées et recommandées en pareil cas. Après les sutures nécessaires, faire une désinfection énergique et bien nettoyer la poche; détruire même les végétations qui peuvent s'y rencontrer avec le chlorure de zinc; placer un drain dans les prolongements principaux et fixer le tout dans l'orifice abdominal.

Ces cas ne sont pas rares, d'après M. Terrier. Sur soixante-trois ovariotomies, il en a rencontré sept qui ont pu être opérées complètement, sans maintenir rien au dehors. Ils ne conduisent donc pas nécessairement à l'énucléation incomplète. Ce n'est là qu'une ressource ultime, commune à beaucoup d'autres faits. Quant à la fermeture du ligament, elle n'est pas nouvelle et ne peut constituer une méthode générale pour ces cas en particulier. Il n'y a pas de règle absolue à établir. Quand le kyste a deux pédicules d'emblée, comme il l'a rencontré trois fois, on peut sectionner l'externe seulement, énucléer la tumeur, et lier ensuite le pédicule interne. L'absence des signes pathognomoniques rend toujours le diagnostic douteux alors. L'immobilisation de l'utérus et la présence d'une tumeur dans les culs-de-sac en sont seulement des indices. Ce diagnostic est parfois même impossible après l'opération, suivant M. Polaillon. L'incision exploratrice est d'un grand secours dans ces cas inopérables, en permettant de s'y borner.

La méthode à suivre pour ces enclavements, suivant M. Lucas-Championnière, ne diffère pas de celle employée généralement pour détacher les kystes de leurs adhérences. L'énucléation est faite par tous les opérateurs suivant les conditions qu'ils rencontrent. Toutes les formules préparées d'avance n'ont aucune utilité pratique. L'opération incomplète n'est pas une méthode, c'est un pis aller auquel les plus habiles peuvent être réduits. Avant d'ouvrir le ventre, le chirurgien ne sait que très imparfaitement ce qu'il trouvera. Il isole le kyste comme il peut et s'ingénie, suivant son habileté et son expérience, à achever complètement et rapidement. (*Soc. de chir.*, 27 juin.)

Traitement intrapéritonéal du pédicule. Une femme ayant subi à Fribourg une ponction d'urgence, avec issue de dix litres d'un liquide foncé et épais, arrivait à Genève le 24 juillet pour être opérée. A sa visite, le docteur A. Reverdin la trouva amaigrie, avec le facies ovarique, langue chargée, pouls petit, à 110, face rouge, peau chaude. L'orifice de ponction béant laissait échapper un liquide épais et jaunâtre par la toux, le moindre mouvement ou la pression de l'abdomen; le lit était inondé. On pouvait donc craindre la suppuration du kyste et un commencement d'infection.

Le repos et le régime ayant amené de l'amélioration, une seconde ponction nécessaire fut pratiquée le 27 août et l'ovariotomie le 17 septembre suivant, en chloroformisant la malade après l'injection d'un centigramme de chlorhydrate de morphine. C'était un kyste multiloculaire avec adhérences et brides très vasculaires du côté droit. Le pédicule avait 4 centimètres d'épaisseur et fut lié en trois parties avec le catgut n° 5. Les fils étant coupés court, le pédicule est sectionné à 2 centimètres et demi en avant des ligatures, et un large lambeau de péritoine étant attiré dessus y est fixé par six points de catgut n° 1, de manière à en recouvrir complètement la surface de section, suivant le procédé de Maslowsky. Ce pédicule, abandonné à lui-même, disparaît ainsi dans la cavité abdominale, et, la toilette en étant achevée, la plaie abdominale est réunie par quatre sutures profondes comprenant le bord du péritoine et vingt sutures superficielles, toutes au catgut, sans drain. Le kyste avait donné 28 litres de liquide. L'opération avec le panse-

ment avait duré moins d'une heure, dans une narcose parfaite, et sans perte notable de sang. La température n'a jamais atteint 38° les jours suivants, malgré une constipation persistante pendant huit jours. Vingt jours après, cette femme retournait chez elle parfaitement guérie et se porte à merveille depuis lors, son ventre mesurant 80 centimètres au lieu de 118. (*Revue méd. de la Suisse romande*, n° 12.)

La primera ovariotomia practicada en los hospitales de Buenos-Aires, thèse inaugurale soutenue à la Faculté de cette ville par M. R. Colon, interne de l'hôpital général des femmes; in-folio de 112 pages, 1883.

Cette opération grave et laborieuse, dont la pratique fréquente et commune la fait passer inaperçue, excepté pour les femmes qui la subissent, surtout les survivantes, fut un événement, — *verdadeiro acontecimiento*, — en étant exécutée pour la première fois le 22 janvier 1883 dans un hôpital de la république Argentine. C'était une fille de vingt-deux ans, entrée le 24 octobre 1882 à l'hôpital général des femmes de Buenos-Aires. L'accroissement du ventre s'était manifesté vers le milieu de 1879, sans que les règles eussent jamais manqué, excepté à la dernière époque. Une ponction pratiquée le lendemain donna 11,795 grammes d'un liquide couleur chocolat et très albumineux. C'était un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche.

La malade, étant soulagée, demanda sa sortie le 9 novembre, mais elle rentrait dès le 28 avec le facies caractéristique beaucoup plus marqué que la première fois. Une nouvelle ponction devenait indispensable, un mois après, les dimensions de l'abdomen étant supérieures à celles de l'entrée, quoique le liquide évacué fût seulement de 10,600 grammes avec les mêmes caractères que le précédent.

Toutes les précautions antiseptiques furent si rigoureusement suivies pour cette opération que, quinze jours d'avance, un pulvérisateur de Lucas-Championnière fonctionnait dans la salle destinée à cet effet. Le trocart de Kœberlé servit à la ponction. Le kyste était uniloculaire et sans fortes adhérences. Une syncope provoquée par l'état du cœur eut lieu néanmoins pendant l'écoulement du liquide. L'opération se termina heureusement après une heure dix minutes. Le poids du kyste enlevé et de son contenu était de

13,500 grammes. L'opérée se leva le vingtième jour et sortit de l'hôpital le 8 mars en parfaite santé.

Ces succès sont devenus si communs partout que l'on peut s'étonner de la longue relation de celui-ci, de la part de l'interne chargé spécialement de l'opérée. Une dédicace aux examinateurs, des considérations préliminaires, l'histoire pathologique, des détails minutieux sur le diagnostic et le manuel opératoire, le journal de l'observation avec le style prolixe de l'idiome espagnol en sont tout le secret, sans rien de plus original à signaler.

Ovariotomie vaginale. Elle a été pratiquée contre une dysménorrhée très intense, chez une servante de dix-huit ans qui, depuis l'âge de treize, n'avait pas eu une seule époque exempte de douleurs. Elle était absolument incapable de travail après huit à dix jours que durait l'écoulement sanguin, souffrant dans l'intervalle de douleurs lancinantes avec écoulement leucorrhéique. La défécation et la miction même étaient devenues douloureuses, et cette fille, ne pouvant plus gagner sa vie, demandait un moyen de guérison, quel qu'il fût.

Au toucher, M. Greig Smith trouva l'ovaire droit saillant et adhérent dans le cul-de-sac de Douglas et très sensible à la pression. Sa mobilité était perceptible. Malgré un traitement de deux mois à l'infirmerie de Bristol, les accidents persistaient, et le 22 mai l'ovariotomie vaginale fut tentée comme le moyen de mettre fin à ces douleurs.

Des injections journalières avec une solution phéniquée et des applications d'iodoforme furent faites préalablement pendant cinq jours. L'utérus étant attiré en bas et en avant, une incision pratiquée avec les ciseaux permit d'introduire l'index dans la cavité abdominale. L'ongle servit à détacher l'ovaire de ses adhérences, et, en introduisant le second doigt, il put être amené et saisi en dehors; l'excision du pédicule eut lieu entre deux ligatures. Un pansement à l'iodoforme termina cette opération délicate.

Aucune complication ne se manifesta. Une selle provoquée eut lieu le septième jour sans douleur pour la première fois depuis plusieurs mois. Les règles apparues dix semaines après furent absolument indolores.

La femme quitta l'infirmerie et ne revint pour donner de

ses nouvelles qu'en accusant une guérison parfaite. (*Lancet*, 15 décembre.)

P

PANSEMENTS. Leurs évolutions, leurs changements sont si rapides, surtout en Allemagne, où la manie de l'expérimentation à ce sujet est portée à son comble, qu'il est difficile d'en suivre toutes les fluctuations, même à une année d'intervalle, et surtout d'en énumérer toutes les modifications successives. Comme une course au clocher, c'est à qui inventera quelque chose de nouveau. Ils se succèdent avec une rapidité vertigineuse dans le fond et la forme. Après l'iodoforme, qui fit *florès* un moment et produisit des miracles ainsi que des empoisonnements, on en est arrivé à un agent bien plus redoutable : le sublimé corrosif. Tout change et se modifie sans relâche. Des antiseptiques liquides, on passe sans transition aux plus solides et *vice versa*. Aux drains français en caoutchouc, on a substitué les crins de cheval, les os longs décalcifiés, pour en venir aujourd'hui aux aiguilles ou fils de verre dont on dit merveille. Des complications du *spray* et toutes les précautions minutieuses du lister, on a passé à la simple gaze phéniquée et l'on a remplacé les monceaux de ouate par de petits sacs ou des coussinets remplis de tourbe ou de cendre pour faire l'occlusion et des pansements inamovibles. Le tour est maintenant à la naphtaline. Et tout cela pour se mettre à l'abri de microbes ou de germes invisibles dont l'existence et surtout l'action septique sont problématiques.

Si le changement est le corollaire du progrès, cette rapidité du jour au lendemain n'en peut être une garantie suffisante. Pour connaître toute la valeur et l'action antiseptique d'un agent quelconque, il faut l'expérimenter plus longuement et mûrement dans diverses conditions. L'observation générale, comparée par les communications si rapides de la presse, ne suffit pas à fournir la preuve dans ses nombreuses applications, celles-ci étant faites différemment et appréciées de même. Cette expérimentation doit être particulière et prolongée, confirmée par le temps et l'expérience, pour être bien établie. En observant tout d'un clin d'œil, les résultats

sont instables, contradictoires, mobiles, et c'est ainsi que, en étudiant tout à la fois et à la vapeur, les positivistes actuels ne sont jamais sûrs de rien.

D'où le peu d'intérêt à signaler ces changements divers, multipliés et sans plus de valeur ni de mérite l'un que l'autre. Tout chirurgien allemand finira sans doute par avoir son pansement particulier, qui lui donnera les meilleurs résultats. Ce qui revient à dire, comme les chirurgiens anglais luttant contre Lister, que tout est dans la manière de l'employer et de s'en servir.

Tout différent est le rôle actuel des chirurgiens français; leur siège est fait à cet égard, et ils restent fidèles à ceux qu'ils ont adoptés, comme la ouate, l'alcool pur, dilué ou camphré des professeurs Le Fort et M. Perrin, et au chlorure de zinc préféré par d'autres. L'acide phénique reste encore le plus usité, et c'est en réunissant ces divers agents sous le titre d'antiseptiques que le professeur Gosselin en a examiné comparativement l'action par des expériences sur les animaux et dont voici le résumé.

Action des antiseptiques. Avec les solutions au 1/20 et au 1/40, la circulation s'arrête plus ou moins brusquement après un ou plusieurs attouchements, et la gangrène se produit consécutivement à l'arrêt de la nutrition. Plus les solutions sont étendues, diluées, moins ce phénomène est rapide et apparent, et la circulation s'est ainsi rétablie une fois le lendemain de l'expérience.

Avec l'alcool pur à 86°, les résultats sont analogues à ceux de la première solution phéniquée au 1/20, en se produisant moins brusquement; l'alcool dilué à moitié n'amène qu'un ralentissement général de la circulation, et plusieurs attouchements sont nécessaires pour rendre l'arrêt complet dans quelques vaisseaux, sans gangrène consécutive.

L'alcool camphré donne un résultat identique au précédent.

Ce n'est donc pas par une action germicide que les antiseptiques agissent dans les pansements, mais par la coagulation du sang et peut-être une modification analogue des tissus. (*Acad. des sciences*, 27 août.) On s'explique dès lors les effets de la compression des plaies fermées, ou leur pansement à plat avec des poudres caustiques, astringentes,

comme l'iodoforme et le bismuth, en en arrêtant la circulation superficielle.

L'action directe de l'air par l'oxygène qu'il contient peut avoir un effet analogue.

Des expériences simultanées du docteur Laborde sur le mésentère et la membrane interdigitale de la grenouille, comme sur l'oreille de lapins albinos, ont entièrement confirmé ces résultats. La seule différence observée est une dilatation des vaisseaux capillaires immédiate à leur constriction sous l'action de l'acide phénique et de l'alcool. En renouvelant l'action topique du liquide, le sang se coagule, la circulation s'arrête et la gangrène du tissu s'ensuit. D'où l'enseignement en pratique de n'employer que des solutions très faibles pour ne pas produire ce résultat. (*Tribune méd.*, et *Soc. de biol.*, octobre.)

Pansement inorganique. Le succès étant toujours au dernier venu, par l'ignorance même de ses effets, celui de Kümmel, empruntant tous ses éléments des précédents, est aujourd'hui le plus en vogue, comme le plus puissant et le plus fidèle, en ne contenant aucune substance corruptible ni fermentescible. Tous les objets, soie et catgut, sont préparés au sublimé, et les éponges et les compresses séjournent dans sa solution. Les instruments seuls en étant attaqués sont désinfectés avec l'acide phénique. Le coton et les drains capillaires sont fabriqués en verre. La cendre et le sable servant à remplir les sachets ou coussinets sont humectés d'une solution glycérinée de sublimé.

Tous les lavages, les ligatures et les sutures sont ainsi faits ou préparés avec une solution de sublimé à 1 0/0. Ce pansement reste en place jusqu'à la guérison présumée, et le drainage est supprimé du septième au dixième jour; la guérison se produit presque toujours sans fièvre et par première intention avec une sûreté et une uniformité inconnues sous le pansement de Lister le plus strict. Son prix est minime, et son inamovibilité le rend très bon marché. De là son avenir, jusqu'à ce que l'emploi ultérieur, amenant des accidents, des empoisonnements, ne fasse passer à un autre. (*Archiv. de méd.*, mars.)

Pansement au chlorure de zinc. L'abus des médica-

ments en Allemagne, surtout externes, même des plus actifs et des meilleurs, est rendu ostensible par les résultats obtenus. Les empoisonnements nombreux, reconnus et confessés, avec les pansements à l'acide phénique et l'iodoforme, en sont la preuve. Kocher, de Berne, en avoue 11, dont quatre mortels avec le pansement phéniqué; ce qui l'a conduit à y renoncer pour le chlorure de zinc dont l'emploi, très répandu en France, est limité à certains cas. S'il ne s'est pas généralisé comme antiseptique, c'est pour avoir été employé beaucoup trop concentré. Au lieu de la solution à 8 0/0, l'une des plus usitées, la solution normale est abaissée à 2 millièmes. De là son emploi dans l'irrigation de la cavité pleurale, le lavage des grands abcès par congestion, l'ouverture des articulations, de la moelle osseuse et les plaies les plus étendues. Il est essentiel de ne pas endommager les tissus par l'antiseptique, et les plus indifférents sont ainsi les meilleurs. A haute dose, le chlorure de zinc devient caustique et nécessairement nécrosique. En en imbibant les bords de la plaie, celle-ci ne peut plus être fermée, malgré les sutures.

En voici le manuel. Un papier de caoutchouc très mince, trempé dans la solution, est étendu sur la plaie et recouvert de gaze froissée sortant de la même solution. Une compresse uniforme, d'un tissu hydrophile imbibé de cette solution, recouvre le tout avec une bande de mousseline sèche. Les instruments sont simplement phéniqués. 85 opérations avec ce pansement, dont 2 désarticulations, une amputation et 4 résections, etc., ont donné les meilleurs résultats. (*Revue de chir.*, juillet.)

Pansement au bismuth. La toxicité de l'iodoforme par les doses massives qui en ont été abusivement employées l'ont aussi fait remplacer par le bismuth. Kocher ne s'en sert plus que pour les ulcères, les fistules, les suppurations, tout spécialement dans la syphilis. Le sous-nitrate de bismuth le remplace dans les plaies simples dont on les saupoudre. Il n'est pas toxique et son mélange à 1 0/0 d'eau répond à tous les besoins de l'antisepsie. Un flacon tubulé sert à irriguer de temps à autre la plaie opératoire avec la solution de bismuth, de manière à l'en recouvrir d'une couche mince. Les plaies fermées sont badi-

geonnées avec une solution plus épaisse qui, en se desséchant, forme une croûte. De là son efficacité sur les plaies granuleuses. Une solution à 10 0/0, dont on se sert comme du chlorure de zinc, n'a donné que 4 décès par ce traitement des plaies pendant six mois. Les instruments et les doigts sont désinfectés dans une solution phéniquée ordinaire. La simplicité de son application et son innocuité le rendent préférable à la plupart des autres topiques. Il dispense du drainage. Souvent la plaie ainsi traitée est laissée ouverte pendant vingt-quatre heures et fermée seulement le second jour, avec des fils de soie plutôt que de catgut; c'est la suture secondaire.

Le bismuth diminue à un haut degré les sécrétions et, par son action astringente, il dessèche les plaies; d'où les bons résultats de son application. Une compression très uniforme des lèvres et des surfaces de la plaie est indispensable. (*Revue de chir.*, novembre.)

Sur 61 opérés, pansés au bismuth, 8 furent atteints d'érysipèle à l'hôpital d'Aix-la-Chapelle pendant les deux premiers mois de 1883, dans le service de Riedel. Il semblerait donc favoriser cette complication et en concordant avec la même observation faite à la clinique de Wursbourg et à l'hôpital de Magdebourg, il n'est plus employé qu'en le combinant au sublimé, qui la prévient ordinairement. Son action hémostatique et siccative a été particulièrement constatée par Hahn (de Berlin) dans 40 à 50 cas. Israël n'en a pas été aussi satisfait. (*Soc. all. de chir.*, avril, et *Revue de chir.*, septembre.)

PARALYSIES. A mesure que la *paralysie générale* est mieux connue, quelques cas échappent à son pronostic fatal d'incurabilité absolue. Non seulement il se produit à son début des rémissions fort longues et une amélioration notable, mais la guérison s'ensuit même parfois. Le docteur Magnan en cite deux exemples indiscutables dans ses *Leçons cliniques*. Le premier concerne un homme de science, examiné par plusieurs médecins, qui a pu reprendre sa situation dans les mêmes conditions qu'avant sa maladie; l'autre est un artiste encore vivant, ayant eu souvent des certificats d'incurabilité. Rendu à sa famille, il étudia et devint professeur. Actuellement, près de onze années après

sa sortie de l'asile, la guérison ne s'est pas démentie. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, janvier.)

Action de l'éther. V. Injections.

Pseudo-paralysies syphilitiques. C'est l'impotence signalée par le professeur Parrot chez les nouveau-nés ou les enfants très jeunes, résultant de la brisure ou du décollement de l'os au point de réunion de l'épiphyse avec la diaphyse par l'altération syphilitique de l'os. (V. Syphilis, 1881.) Le docteur Troisier en a observé un exemple remarquable, chez un enfant de sept semaines. Il présentait une paralysie à peu près complète du membre supérieur gauche, survenue depuis une huitaine de jours et ne laissant plus que quelques mouvements des doigts. La mort, arrivée rapidement, permit de constater à l'autopsie le décollement de la diaphyse, coïncidant avec une atrophie gélatiniforme spéciale à la syphilis héréditaire.

Cette affection fut observée également, par le professeur Damaschino, chez un enfant de quelques mois, au niveau d'un bras. Son début brusque fit d'abord croire à une paralysie spinale, mais l'aspect cachectique du malade, son âge et la douleur provoquée dans l'épaule par les mouvements imprimés au membre permirent bientôt de rétablir le diagnostic. Ce sont là les meilleurs caractères différentiels, avec l'apparence de santé florissante présentée par les victimes de la paralysie infantile.

L'autre bras et l'une des jambes furent successivement atteints, malgré un traitement spécifique. L'enfant mourut; on put également constater les lésions osseuses précédentes, avec des traces non douteuses de syphilis viscérale.

A cette occasion, le docteur Millard rapporte avoir été consulté, le 17 mars 1875, pour une petite fille de deux mois, ayant assez bonne mine, dont le bras gauche pendait inerte le long du corps. L'exploration en était rendue très difficile par les cris et l'agitation, quoique allaitée par sa mère et sans aucune éruption cutanée ni muqueuse. Le père avait contracté la syphilis quatre ans auparavant. Il était marié en 1874, et l'enfant était née en 1875. L'ignorance de ces lésions osseuses syphilitiques fit croire à une paralysie spinale, et un consultant fut du même avis. Dix

jours après, le médecin de la famille voyant la paralysie s'étendre du côté droit, sans atrophie musculaire ni fièvre, et la mère ayant présenté une angine accompagnée d'un engorgement ganglionnaire cervical très spécifique, l'iodure de potassium fut administré. Une demi-cuillerée à café du sirop de Gibert fut donnée matin et soir à l'enfant, avec des bains de 50 centigrammes de sublimé. La paralysie et la douleur s'améliorèrent immédiatement, et un mois après les mouvements étaient revenus. Ce traitement, repris deux fois par an jusqu'à l'âge de six ans, a permis de conserver l'enfant en santé, malgré des plaques muqueuses buccales, et elle est actuellement âgée de huit ans et demi, très intelligente et vigoureuse. Deux autres enfants, survenus depuis, n'ont éprouvé aucun accident, les parents ayant été soumis simultanément avec leur fille à un traitement spécifique.

A l'appui, le docteur Roques signale l'exemple d'une petite fille qui présenta, peu de jours après sa naissance, des taches et des vésicules bulleuses d'aspect pemphigoïde. Elle refusait le sein, maigrissait, avec diarrhée abondante. Les parents niaient tout antécédent, et cependant il ordonna une cuillerée à café du sirop de Gibert, additionné d'iodure de potassium. Des exulcérations aux commissures buccales et des bulles pemphigoïdes sur les jambes confirmant le diagnostic, le traitement fut continué pendant quinze jours, et l'enfant reprit très bien sous son influence. Deux mois après, un gonflement de l'épaule gauche apparut, puis l'épaule droite devint gonflée et douloureuse, avec une crépitation molle et sourde. C'était un décollement épiphysaire de l'humérus droit, constaté par M. Marchand. Le traitement spécifique fut dès lors repris, et, en huit jours, l'amélioration était sensible. L'enfant a aujourd'hui deux ans et demi, alors que le père est mort en huit mois, malgré un traitement antisyphilitique très énergique, d'une paralysie générale avec ataxie. (*Soc. méd. des hôp.*, mai.)

Paralysies saturnines. *Seigle ergoté.* Médecin d'une malheureuse population employée dans les mines de plomb argentifère du Névada, le docteur Hiles dissipe ces intoxications légères au moyen de purgatifs salins et de l'iodure de potassium. Son observation journalière lui a démontré que l'abstention de l'alcool, la liberté du ventre, une vie régu

lière sont les plus sûrs garants contre cet empoisonnement. Quand les patients en sont à la phase paralytique, hémiplégie ou paraplégie, il obtient les meilleurs résultats de la combinaison de l'ergot de seigle et de l'iodure de potassium. Un mois suffit à la guérison, rarement atteinte par l'iodure seul, l'électricité, les toniques, la noix vomique. Aucun accident n'a été observé. (*Lyon méd.*)

Paralysies locales. V. Localisations cérébrales.

PÉRICARDITE. *Frottement.* Ce signe caractéristique, en se modifiant sous plusieurs influences, est souvent confondu avec le souffle, d'après le professeur Sée. Il peut, en effet, ressembler au souffle le plus doux, comme celui-ci au frottement le plus rude. Mais des différences perceptibles les distinguent : le souffle est profond et le frottement superficiel. Il est pourtant difficile à apprécier dans la pleurésie et la pneumonie. La pression modérée du stéthoscope augmente ce bruit morbide, comme une inspiration profonde, l'attitude debout et légèrement courbée; tandis que le souffle n'en est pas influencé, sinon diminué.

En s'adaptant rigoureusement aux diverses phases du cœur, le souffle se distingue du frottement, qui en est indépendant. En rapport avec le déplacement du cœur, il peut succéder à ses divers temps ou s'y intercaler. Dans ce dernier cas, il ne peut faire de doute, en se séparant des bruits; lorsqu'il se confond avec eux, il est le plus souvent double et détermine une sensation de va-et-vient qui n'existe jamais pour le souffle. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, août.)

Aspiration curative. Dans un cas d'épanchement du péricarde, survenu lentement, chez un garçon de vingt ans, entré le 23 décembre à l'infirmerie de Leeds, avec tous les signes d'une fièvre rhumatismale, sans aucune articulation prise spécialement, le docteur Clifford Allbutt fit pratiquer l'aspiration par son interne, suivant le procédé déjà employé par lui dans un cas semblable. Le 3 février, une matité absolue existait, avec saillie précordiale de la seconde côte à la septième, et mesurait huit pouces d'étendue latéralement au niveau de la quatrième, avec bruits sourds, profonds, sans frottement. Epigastre tendu, douloureux et mat à la percussion; pouls à 128; température 100° Fahr.

Une fine aiguille aspiratrice est introduite obliquement dans le quatrième espace intercostal, à deux pouces et demi de la ligne médiane, et poussée en haut et en arrière vers le centre de l'omoplate, jusqu'à une profondeur d'un pouce et demi environ. Une once seulement de sérum trouble sanguinolent put être aspirée, malgré le plan d'en retirer le plus possible. Aucune complication ne s'ensuivit, excepté l'extrême anxiété du patient.

Malgré cette faible soustraction, un mieux sensible se manifesta rapidement. La nuit fut meilleure, avec diminution marquée de tous les accidents, et l'opéré quitta l'hôpital en bonne santé, le 18 mai suivant. L'opération eut donc un effet des plus favorables, dans ce cas, sur la résorption rapide du liquide, se manifestant chaque jour par la diminution de la matité et le retour normal et graduel des battements du cœur. (*Lancet*, 27 janvier.)

Incision. Après deux ponctions successives à trois jours d'intervalle, faites chez un garçon de seize ans, pour un épanchement péricardique considérable, du pus s'étant montré, le docteur S. West ouvrit largement le péricarde, l'évacua et le lava, en y insérant ensuite un drain. La température ni aucune autre complication, sauf une urticaire survenue huit jours après, n'empêchèrent pas la guérison en cinq semaines.

En cas d'épanchement, Fiedler (de Dresde) ne conseille la ponction que s'il est séreux. Il pratique ainsi la ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. Dans les péricardites purulentes, l'incision et le lavage peuvent seuls amener la guérison, de même que dans les épanchements sanguins ou fortement hémorrhagiques, en intervenant de bonne heure. (*Wolkmann's klin. Vorträge*, n° 215, 1882.)

Dans un cas analogue, croyant avoir affaire à un kyste du médiastin, des ponctions répétées furent pratiquées sans accident, lorsque l'autopsie montra un épanchement chronique du péricarde. Quant à l'incision consécutive de cet organe, elle a été précédemment faite avec succès par le professeur Rosenstein, de Leyde, pour une péricardite purulente. D'où l'indication de la traiter comme l'empyème, le péricarde pouvant être ouvert et drainé avec sécurité. Les résultats n'en semblent pas plus dangereux que pour

la plèvre, les parois de cette séreuse étant susceptibles de se contracter plus rapidement que celle-ci, en provoquant l'oblitération de sa cavité. (*Roy. med. chir. Society*, 24 avril.)

Péricardite tuberculeuse. La fréquence de cette grave affection est assez considérable, puisque la tuberculose la produirait le plus souvent après le rhumatisme, selon Bamberger. Un certain nombre d'observations en ont ainsi été rapportées, depuis une vingtaine d'années, sans que le diagnostic en soit établi d'une manière certaine, précise. Constatée le plus souvent à l'autopsie, elle n'a pu guère en être mieux reconnue et fixée sur le vivant, surtout en coïncidant fréquemment avec les complications de la tuberculose pulmonaire. Un cas s'en montrerait ainsi sur 35 tuberculeux, d'après les statistiques. Tout en s'étendant principalement sur les lésions anatomiques, une étude du docteur A. Mathieu, basée sur six observations inédites, semble jeter quelques lumières nouvelles sur le diagnostic et le traitement.

Ce diagnostic est le plus souvent possible, si l'attention est éveillée à ce sujet, dit-il; mais rien dans les symptômes ne caractérisant cette affection qui se rencontre chez des tuberculeux sans lésions spécifiques, ce diagnostic est toujours susceptible d'erreur.

L'augmentation de la voussure précordiale, l'étendue considérable de la matité, le déplacement de la pointe trahissent l'augmentation de volume du cœur et parfois la présence de l'épanchement péricardique. Dans les cas de symphyse cardiaque, on pourra constater le retrait particulier de la pointe au moment de la systole. Un frottement très manifeste et rude, sorte de vibration cataire très exagérée, a été découvert par la palpation et l'auscultation; mais sa variabilité le rend incertain. Un souffle intense et rude à la pointe, sans lésion orificielle, a aussi été constaté. Une dyspnée très intense s'explique parfois par cette lésion, avec épanchement considérable. L'œdème des extrémités inférieures et la tendance à l'anasarque en sont aussi parfois des signes.

Le pouls est petit, irrégulier, paradoxal. Il subit aussi les moments d'arrêt complet par la toux ou l'amplitude des mouvements respiratoires. Il est ainsi soumis à la respiration, quand des adhérences pulmonaires existent avec le

péricarde. En contrariant et en annihilant même la contraction du ventricule gauche, par les mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement de la paroi thoracique, la suspension des pulsations cardiaques s'ensuit. Les phénomènes asystoliques peuvent donc être complets.

Plusieurs causes d'erreur sont à prévoir : coexistence des lésions orificielles, tuberculose pulmonaire, lame de poumon s'étendant au devant du péricarde produisant des frottements extra-péricardiques. Une pachypéricardite peut même exister et nuire à la ponction, lorsqu'elle est rendue nécessaire, au point d'empêcher l'issue du liquide.

La ponction ayant permis l'évacuation d'un liquide hémorrhagique, il est à se demander si l'on ne devrait pas se contenter d'extraire seulement une partie de l'épanchement. Il est à craindre, en effet, que, sous l'influence du vide produit, il ne se fasse de nouvelles ruptures vasculaires et de nouvelles hémorrhagies. On devrait donc, sans doute, se contenter d'une évacuation partielle et se proposer, non une cure radicale impossible, mais un soulagement momentané du cœur et une diminution des accidents dyspnéiques. (*Arch. de méd.*, mars.)

Absence de voussure, épanchement séro-sanguin considérable. Tels étaient les caractères, chez un cocher de quarante-sept ans, entré dans la clinique médicale de l'hôpital Necker, le 20 juin 1882, sans aucun antécédent tuberculeux que sa profession l'exposant aux refroidissements. La matité presque complète de tout le côté gauche, avec silence respiratoire, ne permettant pas de distinguer l'épanchement du péricarde, la ponction fut pratiquée au lieu d'élection de la thoracentèse, dans le septième espace, le 25 juillet, en croyant pénétrer dans la plèvre. Il y avait en effet absence de voussure, et, malgré le défaut du choc de la pointe du cœur, des bruits sourds et lointains avec le diagnostic antérieur d'une péricardite *à frigore*, le péricarde ne pouvait être considéré comme le siège d'un si vaste épanchement. On retira en effet un litre et demi de liquide fortement sanguinolent, en sentant le cœur battre contre la pointe de l'aiguille. Une amélioration immédiate s'ensuivit, et c'est à ces caractères que le professeur Potain admit que ce liquide provenait du péricarde, malgré l'absence de voussure.

La respiration de suppléance et la sonorité exagérée du côté droit pouvaient bien l'avoir dilaté et effacé ainsi la voussure.

La mort, arrivée le 2 août, permit de constater une péricardite tuberculeuse, avec présence du liquide séro-sanguinolent remplissant cette enveloppe et occupant presque toute la partie gauche du thorax. De là sa confusion avec l'épanchement de la plèvre par M. Blachez. Un grand enseignement clinique ressort ainsi de cette observation exceptionnelle. (*Gaz. hebdom.*, n° 2.)

PÉRITONITE AIGUË. *Traitement chirurgical*. Voy. Chirurgie.

PHIMOSIS. En raison même de la simplicité de cette difformité, les procédés opératoires pour la corriger ne cessent de se succéder, en se répétant de temps à autre. La dilatation préputiale, préconisée par Nélaton avec sa pince à trois branches, a été ainsi négligée depuis, par ses difficultés, ses insuccès et même les accidents consécutifs. Un gonflement considérable, sinon un commencement de phlegmon assez grave, en est résulté entre les mains de M. de Saint-Germain : ce qui le fit revenir à la circoncision. Mais cette opération sanglante est loin d'être innocente, et des hémorrhagies graves, suivies de diphthérite, s'étant montrées, il est revenu à la dilatation, en en modifiant le procédé de la manière suivante :

Au lieu du dilatateur à trois branches, il se sert d'un dilatateur à trachéotomie ordinaire à deux branches. Le premier amène des éraillures et des déchirures où l'autre n'en produit pas, comme l'épreuve peut en être faite sur un simple doigt de gant pour s'en assurer. L'anesthésie est inutile. En saisissant le bord antérieur du prépuce, tandis que l'autre est confié à un aide pour découvrir le gland, — ce qui rend le passage préalable du stylet superflu, — le chirurgien plonge le dilatateur dans la cavité préputiale jusqu'au fond, ce qu'il est facile de sentir avec le doigt, à travers le prépuce. Ce contrôle est indispensable. En écartant légèrement l'instrument, le sac préputial a la forme du tablier; une sorte d'étranglement existe au milieu, dû à la constitution de la muqueuse. C'est là que doit porter l'effort

du dilatateur, en l'écartant suffisamment. Replacé perpendiculairement à sa première position et écarté de nouveau, il permet de découvrir le gland, sauf à détruire les adhérences, s'il en existe. Une couche assez épaisse de vaseline boriquée est appliquée sur le gland, et le malade est mis au lit, en recouvrant le prépuce de compresses imbibées d'eau blanche pour éviter tout gonflement inflammatoire. 34 cas en ont été opérés ainsi de suite, sans un seul insuccès.

Tous les phimosis ne sont pas évidemment justiciables de cette dilatation. Elle ne réussirait pas si la muqueuse était épaissie, indurée, charnue ou cartilagineuse. Les tissus doivent être souples et non altérés pour le succès de son application; autrement, la circoncision est indispensable. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 12350.)

Une pince en T, de 10 centimètres de long, dont les branches transversales fenêtrées de 8 centimètres se ferment parallèlement, a été imaginée par le docteur A. Reverdin pour rendre la circoncision aussi régulière que possible. C'est le côté esthétique; rien de plus disgracieux, en effet, que ces grands prépuces mal fendus, retombant en oreilles de chien de chaque côté du gland. En voici le manuel opératoire : une injection détersive ayant balayé les impuretés du prépuce, celui-ci, bien lavé, est passé dans un morceau de toile imperméable, d'une ouverture un peu inférieure à la circonférence du pénis, afin de l'embrasser très exactement. Le champ opératoire est ainsi isolé. Le prépuce est saisi obliquement à partir du filet et plus ou moins haut sur la face dorsale du gland, que les mors de la pince, en se rapprochant, refoulent en arrière. Ainsi appliquée, la pince est fermée par un ou deux crans d'arrêt, et, en recourant à l'anesthésie locale par la pulvérisation d'un jet d'éther ou un simple mélange de sel et de glace, la partie exubérante du prépuce est excisée sans la moindre douleur. Une paire de ciseaux suffit à diviser la muqueuse sur la ligne médiane, jusqu'à 6 ou 7 millimètres de la couronne; l'hémostase étant faite avec de petits fils de catgut ou simplement des lavages, on réunit avec des serre-fines, et l'opération est terminée, sans danger ni complications. Il suffit d'empêcher les érections par de fréquentes compresses phéniquées froides, pour que cette opération donne les meilleurs résultats. (*Revue méd. de la Suisse romande.*)

PHTISIE. *Prédisposition des roux.* Depuis que le docteur Landouzy a émis l'idée que le type vénitien, par le lymphatisme qui le caractérise, prédisposait à la tuberculose, cette idée a fait son chemin et semble se confirmer par les recherches de M. Dewèvre. En pointant les malades roux dans les hôpitaux, il a trouvé que, sur 105, 100 étaient atteints de tuberculose, soit 19 sur 20. La proportion est ainsi supérieure à celle de 4 sur 5, fixée par M. Landouzy. Mais ce n'est pas à dire qu'il en soit de même partout. Si la phtisie est si fréquente parmi la race anglo-saxonne, où le teint blond et roux prédomine, il y a cependant de nombreuses exceptions. Les conditions sociales doivent donc influer à cet égard.

L'imminence de la tuberculose étant présente à l'esprit, il faudra donc entourer de soins spéciaux l'élevage, le régime et l'éducation des enfants roux, au moins par hérédité, car on ne naît pas plus spontanément roux ni blond que brun ou noir. Il faut surtout craindre l'invasion des bronchites chez eux et les éloigner d'unions semblables et de certains milieux, celui de l'hôpital en particulier. Sur 7 infirmiers roux, tous étaient tuberculeux, d'après M. Landouzy. Est-ce de là que viendrait leur mauvaise haleine ordinaire ? Leur tempérament lymphatique l'expliquerait bien mieux. En raison même de cette faiblesse native, ils pourraient être plus aptes que les sanguins ou les nerveux à la contracter par contagion ou infection. Un vétérinaire distingué, M. Trasbot, a remarqué que toutes les maladies constitutionnelles sont beaucoup plus fréquentes chez les animaux à pelage blanc ou très clair que chez les autres.

La phtisie chez les roux affecte aussi une allure exceptionnelle. La plupart conservent une apparence trompeuse de santé; la cachexie est rare, et ils restent jusqu'à la mort plus tuberculeux que phtisiques. Il y a absence d'hémoptysies et de diarrhée ; les sueurs, au contraire, sont très abondantes, par l'activité prédominante de la peau chez eux. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, art. 12457.)

Influence des poussières. Deux hommes tuberculeux, arrivés à l'âge moyen de la vie, trente-cinq à quarante ans, se sont rencontrés dans la clinique du professeur Potain, dont le parallèle montrait également cette influence professionnelle. Rien dans leurs antécédents héréditaires ni person-

nels n'explique leur état. D'une constitution assez bonne, ils ne fournissent aucune trace de diathèse. Tous deux ont passé par les dures épreuves du soldat, sans que leur santé ait été altérée. Ils sont mariés, et leurs enfants sont bien portants. Ils ont pu se maintenir dans de bonnes conditions hygiéniques, et cependant tous deux présentent actuellement tous les signes très nets d'une induration du sommet du poumon gauche. Des cavernules existent au milieu, avec bronchite généralisée, sans fièvre ni dépérissement notable. C'est donc là une tuberculose dont le début anormal, l'évolution tardive et la marche lente contrastent avec la phtisie ordinaire.

Cette maladie se rattache évidemment à la profession. L'un est matelassier, et chacun sait que ce travail est le type des professions à poussières. L'autre prépare les oiseaux destinés à l'ornement de la toilette des dames; il est obligé de manipuler constamment des poussières arsenicales et de tannin extrêmement ténues. L'analogie est donc frappante : tous deux sont constamment enveloppés d'une atmosphère surchargée d'une fine poussière. C'est la seule cause appréciable de leur maladie. (*Gaz. des hôp.*, n° 29.)

Rhumatisme aigu. Il serait un signe prémonitoire de la phtisie, suivant le docteur Austin, qui l'a observé dans 4 cas rapportés à l'appui. Les symptômes phymiques n'ont pas tardé à se dessiner bientôt; mais le docteur Pollock, dont l'expérience spéciale est si considérable à ce sujet, ne voit qu'une simple coïncidence dans ce rapprochement. Un cinquième cas, observé par le docteur Black, en mars 1882, chez une fille de vingt ans dont les parents étaient morts phtisiques, et qui succomba de même le 24 novembre suivant, tend à donner plus de poids à la première opinion. Selon le docteur Hughes Bennett, cette complication n'a pas un rapport essentiel ni constant avec la phtisie. Sans pouvoir être regardée comme prémonitoire, pas plus que d'autres affections inflammatoires, celle-ci a pourtant une certaine importance chez un malade délicat et ayant une prédisposition héréditaire à la phtisie. Le pronostic ne saurait être favorable dans ce cas, comme chez un autre malade, sans discrédit pour la réputation du médecin. (*Lancet*, 7 juillet et 22 septembre.)

Morphologie. Sous ce nouveau titre, le docteur Edward Bruen décrit les principaux caractères anatomiques des formes différentes de la phtisie pulmonaire. Il distingue la plus fréquente et commune sous le titre de *péribronchite tuberculeuse*, en raison même du siège des lésions primitives. Vient ensuite la *phtisie interstitielle* ou cirrhose, puis la *phtisie syphilitique*, par leurs caractères spéciaux. L'hypertrophie des ganglions bronchiques et le processus des cavernes sont même séparés des simples abcès pulmonaires. Ce travail original et purement anatomique n'a rien de commun avec la clinique que le docteur Musser lui a opposée, avec non moins de distinctions apparentes dans la symptomatologie. (*Path. Soc. of Philadelphia; Boston med. journ.*, n° 10.)

Diagnostic. Il est actuellement basé sur la présence du bacille, qui en est regardé comme la cause. En devenant l'objet des recherches universelles, d'investigations et de démonstrations expérimentales de toutes sortes, de communications académiques, de leçons ou lectures publiques et d'une infinité de publications, il forme l'objectif général. Sa présence, démontrée dans les crachats et les produits tuberculeux, comme dans le sang, la lymphe, les urines des phtisiques, semble le plus sûr moyen d'affirmer l'existence de la maladie. Il doit particulièrement l'assurer, dit le professeur G. Sée, par sa fréquence dans les crachats, dans les phtisies latentes, larvées et pseudo-cavitaires, toujours difficiles à reconnaître et souvent douteuses. Une toux quinteuse, avec expectoration rare, sans modification du murmure respiratoire ni de la sonorité thoracique, caractérisent souvent les premières, sans que la source de l'hémoptysie, ayant parfois ouvert la scène morbide, puisse être découverte. Les secondes, débutant sous forme d'une maladie aiguë des organes respiratoires, restent souvent masquées pendant longtemps, sans que les caractères propres à la tuberculose apparaissent. La troisième catégorie comprend les tumeurs, les gommes syphilitiques ulcérées, les dilatations bronchiques, qui, n'étant pas tuberculeuses, sont confondues néanmoins avec la phtisie. Des observations cliniques, où la présence et l'absence du bacille dans les crachats ont été vérifiées par l'autopsie, sont citées à l'appui de ces propositions. (*Acad. de méd.*, décembre.)

Dans un cas de phtisie douteuse, où l'albuminurie et la diarrhée prédominaient, avec absence de pyrexie, le diagnostic fut cherché par le docteur Whipham dans les crachats, qui, en révélant la présence du bacille spécifique, le décidèrent. L'autopsie le confirma, non seulement par une ulcération étendue de l'intestin, mais par un large ramollissement tuberculeux des poumons, dont la thermométrie n'avait pas donné le moindre signe.

Au contraire, chez un malade présentant tout l'appareil symptomatique d'une tuberculose générale aiguë, l'examen répété des crachats n'ayant révélé aucun bacille au docteur Yeo, le diagnostic fut suspendu. L'autopsie montra les lésions de la fièvre typhoïde, avec congestion pulmonaire et bronchite généralisée, sans trace de tubercules. D'où la valeur clinique de ce signe. (*Med. Society* et *Lancet*, 3 février.)

En le recherchant dans les crachats d'un très grand nombre de phtisiques du service de M. Straus, à l'hôpital Tenon, M. Cochez en a trouvé dans tous ceux des phtisiques avérés. Leur nombre seul variait. Il était considérable dans deux phtisies à marche rapide, mais beaucoup moindre dans les phtisies torpides. Plusieurs examens ont même été parfois nécessaires pour en découvrir quelques-uns. Les crachats d'un phtisique suspect n'en ayant pas offert, l'autopsie le montra atteint de sclérose pulmonaire avec dilatation des bronches.

D'où la conclusion que tous les tuberculeux présentent ce microbe dans leurs crachats et que leur nombre peut servir à éclairer sur la marche de la maladie. Leur absence, après plusieurs examens, permet d'éliminer ce diagnostic. (*Soc. de biol.*, mai.)

Le docteur Williams a confirmé tous ces faits en examinant les crachats de 130 malades de l'hôpital spécial de Brompton provenant des différents services, 43 seulement faisaient partie du sien. Exécuté par le procédé du docteur Gibbes, cet examen eut lieu sur des crachats recueillis depuis la veille ou le matin même, en le renouvelant toujours trois ou quatre fois successives. Ceux de 21 malades n'ont jamais présenté aucune trace de bacilles, et il s'est trouvé qu'ils étaient atteints d'asthme, emphysème, bronchite simple ou compliquée, dilatation des bronches, pleurésie, pneumonie et de congestion pulmonaire. Ils étaient même absents

dans l'expectoration fétide et abondante de la bronchiectasie, contenant de nombreux organismes provenant de la fermentation et la décomposition des crachats. Au contraire, les bacilles furent constants dans 106 autres spécimens provenant de phtisies de toutes formes, aiguë et chronique, avec des exemples de phtisie pneumonique, scrofuleuse, fibroïde, catarrhale. Des cavernes existaient, simples ou doubles, chez 81 de ces malades, 9 présentaient une induration commençante, et les autres avaient des ramollissements ou d'anciennes indurations tuberculeuses avec emphysème et état fibroïde. Dans 2 cas, les bacilles ne furent pas constatés unanimement et, dans un seul, ils firent absolument défaut.

Ces bacilles spécifiques ne proviennent donc pas seulement des cavernes pulmonaires, mais des indurations primitives, c'est-à-dire la formation même du tubercule. Koch les a rencontrés ainsi dans les granulations miliaires. Ils furent même constatés par l'auteur dans le sang d'une hémoptysie. Leur présence serait donc un signe positif du diagnostic. Leur nombre ne s'est pas montré aussi décisif pour le pronostic. S'ils étaient très abondants dans 51 cas où la température s'élevait de 100 à 105° Fahr., signe prédominant de l'acuité, ils furent trouvés rares dans d'autres, malgré l'abondance de l'expectoration et de nombreux examens. Une phtisie aiguë, mortelle en dix semaines, avec cavernes des deux côtés, température élevée et expectoration très abondante, ne donna jamais que de rares bacilles. Ils se montrèrent seulement au quatrième examen dans un autre cas analogue, tandis que dans des cas lents et chroniques sans fièvre, ils se trouvaient en grand nombre.

Leur diminution graduelle et leur disparition, coïncidant avec les signes de cicatrisation des cavernes, est pourtant d'un favorable augure, comme l'auteur s'en est convaincu dans 4 cas. Mais leur présence n'a aucune influence sur la contagion. (*Lancet*, 24 février.)

Le même auteur a constaté de plus que cet organisme se rencontrait même dans l'air que respirent les tuberculeux, en suspendant des plaques de verre enduites de glycérine dans les courants d'air des salles de l'hôpital des phtisiques de Brompton, où passaient jusqu'à trois à quatre cents pieds d'air par minute. Après cinq jours d'exposition, il

lava ces verres avec de l'eau distillée et le liquide, mêlé à un peu de mucilage et évaporé à demi, donna un résidu où le bacille se décelait en grande abondance. Le microscope l'a également montré dans la poussière recueillie directement dans les salles de phtisiques. La contre-épreuve, faite dans une salle lavée et blanchie à neuf, a donné un résultat absolument négatif. (*Lancet*, 28 juillet.)

En confirmation des précédentes investigations allemandes (Voy. *année* 1882), le docteur Héron, cherchant le *bacillus tuberculosum* dans les crachats de 62 phtisiques avérés des deux sexes, âgés de dix à soixante-cinq ans et de différentes professions, n'a rencontré que 3 cas où il faisait défaut; il est apparu ensuite la troisième semaine dans 2 cas et la septième dans le dernier. D'où il tire les indications suivantes pour le pronostic :

La présence de ces bacilles en petit nombre, soit 3 à 4 dans le champ du microscope durant plusieurs semaines consécutives, indique une marche chronique de la maladie, 30 ou plus dès le début marquent au contraire une marche rapide. Leur groupement en masse, rares ou nombreux, annoncerait une fin prochaine. Les crachats desséchés sur le plancher inoculant la tuberculose aussi sûrement que le microbe cultivé, l'expectoration des poitrinaires peut devenir une source d'infection aussi bien par terre que dans les mouchoirs ou les vases destinés à cet effet. Les chats devenus tuberculeux dans les hôpitaux, en léchant les crachats de phtisiques, en sont la preuve. D'où l'indication de recueillir ces produits pour les désinfecter aussitôt en tuant le microbe. (*Société des médecins sanitaires*, 15 décembre 1882, et *Lancet*, 3 février.)

De la valeur diagnostique de la présence des bacilles de Koch, dans les crachats, thèse inaugurale par le docteur Sauvage, in-8°, Paris.

Afin de s'assurer si les crachats desséchés qui se trouvent dans les rues sont encore malfaisants par la présence des bacilles, M. Vignal a recueilli ces crachats des phtisiques et les a soumis à la dessiccation en les ramollissant ensuite pour les faire dessécher de nouveau et à plusieurs reprises, afin d'imiter l'état où ils se rencontrent le plus souvent. Ainsi traités, il a constaté que les bacilles s'y trouvent aussi

bien formés que dans les crachats fraîchement expectorés. De deux cobayes inoculés avec cette matière, l'un est mort accidentellement quelques jours après; mais l'autre, tout en augmentant de poids dans les premières semaines après l'injection, a maigri ensuite et est mort trois mois ensuite. Tous les organes furent trouvés farcis de tubercules contenant des bacilles. D'où le danger des crachats des phtisiques répandus sur le sol ou dans les maisons, comme agents de contagion pour les personnes prédisposées. Des chiens et des chats qui léchaient ces crachats sont ainsi morts tuberculeux. (*Soc. de biologie.*)

Après sa visite aux laboratoires de M. Toussaint à Toulouse et du docteur Koch à Berlin, M. Watson Cheyne s'est assuré que la tuberculose ne peut être provoquée chez les rongeurs par de simples irritants ni même les micrococci, et que son activité dépend de la présence des bacilles spécifiques. Il les a constamment rencontrés dans les substances tuberculeuses, tout en constatant leur plus grande abondance dans la tuberculose bovine que dans celle de l'homme. L'identité complète entre la tuberculose aiguë chez l'homme et chez les plus petits animaux est ainsi confirmée, mais avec une plus grande difficulté d'en comprendre les relations avec les bacilles dans les processus tuberculeux localisés de l'homme et la phtisie en particulier. Il a trouvé ainsi ces bacilles plus abondants dans les cellules épithéliales qui jouent un rôle très important dans la tuberculose pulmonaire, la formation de la cellule géante dérivant de ces éléments. Dans la présence constante des bacilles dans ces cellules, il trouve une application à la tuberculose d'autres organes que les poumons. Dans les deux formes contraires de la pneumonie caséeuse aiguë et de la phtisie fibroïde chronique, il a remarqué, en confirmation de l'examen des crachats fait par d'autres, que les bacilles sont extrêmement rares dans celle-ci et très abondants dans celle-là. D'où il infère que la différence de consomption entre ces deux types dépend du nombre et la prolifération des bacilles autant que du terrain favorable offert par le malade à leur développement. (*Assoc. pour l'avancement de la méd. par l'expérim.* 1er février.) On peut juger par ces explications, si ces expériences minutieuses conduisent à des résultats plus clairs et précis que la simple induction. (*Lancet*, 17 mars.)

Les recherches du docteur Ribbert (de Bonn) ont même découvert le bacille chez les volailles qui, à Cologne et dans le voisinage, sont infectées de tuberculose. Les lésions les plus marquées existent dans le tube intestinal, le foie et la rate, où les nodules varient d'une tête d'épingle à une noisette. Tous ces tubercules étaient le siège de bacilles en grand nombre, généralement massés en groupes et si abondants que leur présence était visible à l'œil nu. Dans les plus petits nodules hépatiques, ceux-ci se trouvaient au centre, tandis que dans de plus gros, le centre était caséeux et les bacilles se rencontraient en groupes autour; dans les plus gros, la zone centrale et celle qui l'entourait en étaient exemptes et la zone bacillifère était en dehors, recouverte par la zone inflammatoire. Les matières fécales de ces animaux mêlées à leurs aliments ne les ont pas rendus tuberculeux, tandis que l'inoculation de leurs bacilles a parfaitement réussi. (*Deutsch med. Wochensch.*, juillet.)

Contagion. Admise depuis longtemps, sans que l'on se rendît compte de son mode de transmission, elle semble s'être précisée par la découverte du bacille qui, comme les virus, peut se transmettre et s'absorber. L'inoculation, réalisée en France par Villemin en 1865 sur les lapins, pouvait déjà en donner le pressentiment. On peut soutenir désormais que la transmission entre époux, de même que des parents aux enfants et réciproquement, a lieu par cet organisme. Et pourtant, s'il en était fatalement ainsi, comment tant de gens dans ces conditions y échapperaient-ils, à moins d'admettre qu'ils présentent un milieu réfractaire à sa prolifération?

Le docteur Daremberg paraît admettre cette interprétation. C'est une affection parasitaire, dit-il, transmissible par inoculation, alimentation et inhalation; mais produite aussi dans l'organisme par le développement d'un germe externe. On ne se tuberculise pas en étant en contact avec un plus ou moins grand nombre de bacilles, mais parce que l'on est plus ou moins disposé à les recevoir et à leur offrir un milieu de culture favorable. Il admet ainsi que la contagion a lieu chez les conjoints de plusieurs manières : par inoculation dans le coït le plus souvent ou par absorp-

tion du virus par la voie alimentaire. La voie respiratoire peut même n'y pas rester étrangère, résultant de la putréfaction ou des matières sécrétées ou expulsées par les phtisiques.

Mais en présence de l'immense quantité de bacilles pouvant devenir sources de contagion, le milieu est évidemment la condition qui prime les autres. Si le milieu où il tombe lui est défavorable, il ne se développera pas. S'il est insuffisant, une tuberculose limitée sans tendance à la généralisation se produira. Si au contraire le milieu est absolument favorable, la tuberculose se généralisera. Et chez le même individu, à diverses phases de sa vie, on pourra voir ces milieux se modifier dans le sens de l'atténuation ou de la généralisation et la tuberculose présenter des poussées et des arrêts successifs. Cette manière de comprendre les faits éclaire ainsi la marche des tuberculoses locales. Elle permet de comprendre aussi les rapports qui unissent la scrofule à la tuberculose : on peut dire en effet, avec de nombreux cliniciens, que la scrofule est une diathèse qui fournit souvent un terrain favorable à la culture du microbe tuberculeux. Quant à l'hérédité de la tuberculose, il faut y voir précisément la transmission des conditions favorables à cette culture. La doctrine microbienne n'entre donc en aucune façon en lutte avec la médecine traditionnelle, et il faut conclure que la thérapeutique, tout en étant autorisée à rechercher des spécifiques, doit tendre préventivement à détruire par l'hygiène générale les causes qui préparent un terrain favorable à la tuberculose; dans le cours de la maladie, elle consiste à combattre en outre les phénomènes réactionnels causés dans l'économie par la présence et la prolifération de l'agent infectieux. (*Acad. de méd.*) Voy. TUBERCULOSE.

Une enquête sévère faite par le docteur Th. Williams, sur tout le personnel de l'hôpital spécial des phtisiques de Brompton, où sont réunis en permanence 250 malades environ, montre que sur 270 personnes ayant habité ou séjourné dans cet établissement de 1867 à 1882 : médecins et élèves, pharmaciens, chapelains, intendants, infirmières et employés, aucune n'a été convaincue d'y avoir contracté la maladie. Quelques-unes, surtout parmi les jeunes, sont mortes phtisiques, mais sans être tombées malades

à l'hôpital; il en est même qui l'ont habité durant vingt-quatre ans sans en être atteintes. La même preuve ayant été faite en 1867 par le docteur Cotton, pour les vingt années antérieures, date de la fondation de cet hôpital, il en résulte que la phtisie ne peut être considérée comme se transmettant par les bacilles expulsés par la respiration et l'expectoration des malades. Elle n'est donc pas contagieuse par cette voie, dit l'auteur. (*British med. Association,* 1882.)

Traitement local des cavernes. Chez une femme présentant tous les signes classiques d'une caverne moyenne sous la clavicule droite, Sokolowski enfonça une longue aiguille creuse dans le deuxième espace intercostal à 5 centimètres en dehors du sternum. Une seringue de Pravaz, remplie d'une solution phéniquée à 1 pour 100, fut vidée par l'aiguille. Répétée à plusieurs reprises chez cette malade et d'autres, cette pratique chirurgicale ne donna aucun résultat satisfaisant. La teinture d'iode à 5, 20 pour 100 a paru plus utile. (*Deutsch. med. Woch.*, 1882.)

Aux 17 observations prouvant que les injections intra-pulmonaires de liquides médicamenteux n'offrent pas de danger et peuvent être utiles, le professeur E. Maragliano ajoute la suivante. Un paysan de vingt-six ans fait une chute sur le côté droit dans un fossé bourbeux, où il reste deux heures privé de connaissance. Aussitôt revenu à lui, il survient une hémoptysie, la fièvre s'allume, l'expectoration devient purulente et le malade commence à maigrir et à perdre ses forces. Aucun antécédent suspect n'existait chez ce malade, qui avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'au moment de son accident. Six mois se passent et le malade est obligé d'entrer à l'hôpital. On constate une pneumonie chronique avec excavation à la base du poumon droit. Toutes les médications ayant échoué, on se décide à injecter *loco dolenti,* à travers les parois thoraciques, 1 gramme de nitrate d'argent dissous dans 25 grammes d'eau distillée. La douleur fut des plus vives pendant deux heures, puis disparut peu à peu; le pouls et la température tombèrent aussitôt; l'expectoration augmenta pendant quelques jours mais ne tarda pas à diminuer progressivement en reprenant ses caractères normaux.

Un an après, le professeur Maragliano constatait à l'aus-

cultation la cicatrisation de la caverne par une néo-formation conjonctivale, qui avait produit une sclérose pulmonaire. C'est le premier fait relaté dans les journaux italiens ; peut-être ouvrira-t-il une ère nouvelle au traitement si désespérant du dernier degré de la phtisie. (*Italia medica*, février, et *Gaz. med. ital. prov. Venete*, mars.)

Inhalations iodoformées. Après les inhalations phéniquées signalées l'année dernière, il est logique d'en venir à celles-ci, surtout après les essais faits autrefois avec l'iode par le docteur Chartroule et que Piorry avait patronnés de l'autorité de son nom. Celles-ci sont inaugurées par M. Davesac avec un appareil simple et peu coûteux, composé d'un flacon de 250 grammes à large tubulure muni d'un bouchon de liège à deux ouvertures. Dans l'une, est placé un tube plongeur en verre droit effilé à son extrémité inférieure ; dans l'autre, servant d'inhalateur, un tube coudé dont l'extrémité inférieure est à la base du goulot, tandis que le bout supérieur est muni d'un tube en caoutchouc rouge terminé par un embout de verre.

Le liquide suivant occupe le tiers inférieur du flacon :

Iodoforme pulvérisé		1 gr. 50
Essence de térébenthine		50
Huile d'arachide		150 à 200
Essence de bergamote	àà.	2 50
Acide thymique		

Aspiré par l'embout, l'air extérieur sollicité traverse cette couche liquide et vient s'accumuler, tout imprégné de vapeur, dans la partie supérieure du flacon.

L'huile associée à la solution d'iodoforme émulsionne celle-ci, sans faire disparaître sa volatilité, et atténue la susceptibilité de la muqueuse malade contre la vapeur trop irritante de l'essence de térébenthine pure.

Ces inhalations paraissent avoir donné de bons résultats chez les phtisiques, surtout en diminuant la toux et modifiant l'expectoration, dont elle supprime aussi la fétidité. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Arsenic. Il est préconisé par le docteur Buchner (de Munich) comme le parasiticide du microbe et le remède cu-

ratif de la phtisie. Mais c'est là une théorie ne reposant que sur les faits suivants. Dans 6 cas, où il a administré l'acide arsénieux à une dose de 2 milligrammes le premier jour, 5 le second, en doublant dès le troisième, il n'a obtenu que la cessation des sueurs, diminution de la fièvre, des douleurs, de l'oppression, de la toux, de l'expectoration, avec retour de l'appétit. C'est la seule preuve que le processus tuberculeux a été heureusement influencé. On comprend qu'avec un médicament aussi dangereux il y ait de grandes précautions à prendre et beaucoup d'intolérance à redouter, sinon de mauvais effets, comme l'a constaté Stintzing dans la clinique de Ziemsen.

Dans 16 cas de phtisie dont 3 légers, 8 moyens et 5 graves, les susceptibilités individuelles obligèrent souvent à baisser momentanément la dose de 2 à 10 milligrammes par jour et même à cesser la médication. Peu de malades supportèrent la dose maximum sans troubles dyspeptiques. 2 malades moururent, sans fièvre, 3 présentèrent un abaissement de la température, mais elle ne fut nullement influencée chez 9 et s'éleva chez un. Le pouls et la respiration ne subirent aucun changement et le poids du corps n'augmenta que chez 2 malades. Aucune régression du processus ne fut observée; il resta stationnaire chez 4 malades et progressa chez les autres. Les bacilles examinés dans 11 cas restèrent stationnaires dans 5 et augmentèrent dans les 6 autres. Ils disparurent dans un cas, six semaines après la cessation de toute médication arsenicale. (*Centralbl. fur klin. med.*, n° 32.)

12 phtisiques avancés, traités par Kempner suivant cette méthode, accusaient une certaine amélioration apparente huit à neuf semaines après. Mais aucun changement dans l'état local du poumon n'était appréciable. Les sueurs avaient disparu dès la première semaine avec augmentation de l'appétit et 2 à 3 kilogrammes de poids dans plusieurs cas. Des troubles gastriques s'étaient montrés chez d'autres. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 31.)

Ce n'est donc pas là un spécifique du processus tuberculeux ni un parasiticide. Après les effets de l'arsenic sur le sang et l'hématose, il est permis de croire qu'il n'agit pas autrement que dans l'anémie simple et la leucocythémie. Voy. LEUCOCYTHÉMIE.

Sur-alimentation. C'est la dernière appellation donnée à la nouvelle médication inaugurée par le docteur Debove, il y a deux ans, et désignée sous les noms impropres de gavage, alimentation forcée et artificielle. (Voy. ALIMENTATION ARTIFICIELLE.) Issue de l'invention du tube mou de Faucher pour le lavage de l'estomac contre les maladies de cet organe, les vomissements en particulier, elle n'a pas tardé à se généraliser contre ceux des phtisiques provoqués par la toux ou l'expectoration. Introduits artificiellement ainsi dans l'estomac, les aliments liquides ou semi-liquides ayant pu être conservés et digérés, on a bientôt vu par ce moyen de nourrir les malades, l'arrêt de leur amaigrissement, la prolongation de leur existence avec le retour des forces et de l'appétit. La maladie en a même été améliorée, modifiée et comme suspendue dans certains cas de phtisie chronique torpide. Des guérisons ont même paru en résulter sous l'influence de la sur-alimentation. De là son institution immédiate comme méthode de traitement contre la phtisie.

Beaucoup de raisons y déterminent. Le défaut de nourriture et son insuffisance en quantité comme en qualité, la misère physiologique, comme toutes les maladies générales ou locales mettant obstacle à la nutrition ou l'assimilation, ont souvent été les seules causes appréciables de la phtisie.

Les pertes multiples qu'elle entraîne par les sécrétions bronchiques, les sueurs, la diarrhée, la fièvre augmentant les combustions, l'anorexie et les vomissements, amènent fatalement le dépérissement de l'organisme, sa consomption. Les pertes journalières excédant les recettes, la banqueroute est inévitable. En administrant artificiellement des poudres de viande, de lait, de fécule, de bouillon, des œufs, on a donc chance, en compensant ces pertes, de rétablir l'équilibre et de remonter l'organisme.

Une trentaine d'observations, recueillies dans les hôpitaux, notamment dans les services de MM. Debove et Dujardin-Beaumetz et publiées par MM. A. Broca et A. Wins, démontrent qu'au début comme à la fin de la phtisie, des malades avec ou sans appétit, soumis à cette sur-alimentation artificielle, en ont été améliorés. L'appareil digestif est le premier à en manifester l'influence par l'augmentation de l'appétit, la cessation des vomissements et de la diarrhée. Après une diminution graduelle des sueurs, elles disparais-

sent tout à fait et l'état général s'améliore par le retour du sommeil et des forces. L'augmentation de poids se fait le plus longtemps attendre ; mais elle n'est pas indispensable pour le rétablissement du malade. La dyspnée cesse avec le retour des forces et la toux diminue ainsi que l'expectoration. L'état local peut même rester stationnaire pendant un espace de six à neuf mois. Ce sont les exemples les plus concluants observés sur des infirmiers. Ils sont l'exception sans doute, mais ils suffisent pour justifier le traitement et en encourager l'emploi. L'excrétion supérieure de l'urée démontre l'assimilation des aliments dans plusieurs cas, aussi bien que la sur-activité des combustions organiques par la quantité croissante de l'air expiré.

Tous les phtisiques ne sont assurément pas dans le cas d'être soumis à ce traitement. Il y en a qui le repoussent par le dégoût éprouvé et d'autres qui ne peuvent le tolérer. L'état sain de l'estomac et de l'intestin en est la première condition. Quelques-uns ne supportent pas ces quantités énormes de nourriture et il suffit de les alimenter naturellement tant que la nutrition persiste et que le poids du corps se maintient. Vouloir engraisser de pareils malades est toujours dangereux. Le prix élevé de cette suralimentation est un autre empêchement; mais cette objection n'attaque en rien les résultats cliniques constatés. (*Bull. gén. de thérap.*, octobre à décembre.)

L'alimentation dans la tuberculose. Partant du point de vue cellulaire, le docteur J. Pelletan démontre indirectement l'indication positive du traitement de la phtisie pulmonaire par une bonne alimentation, l'aération et ce qu'il ne dit pas, toutes les conditions d'une bonne hygiène générale : l'exercice, les vêtements, et surtout le moral. 10 observations cliniques glanées ici et là viennent à l'appui de cette proposition pour démontrer l'efficacité du traitement alimentaire encore plus que médical, celui-ci n'étant que l'adjuvant pour calmer les symptômes morbides. Il ne s'agit pas évidemment de cette alimentation forcée, artificielle, le *gavage*, mise à la mode comme chez les animaux pour leur engraissement. Si cette méthode peut entraver la prolifération tuberculeuse chez certains malades, c'est aux dépens d'autres organes, par le trouble que l'organisme éprouve de

cette hyper-nutrition. Les canards gras en sont l'exemple. (*Journal de micrographie.*)

Phtisie aiguë. *Action des épanchements pleurétiques.* La résorption et l'évacuation rapides de vastes exsudats dans la plèvre, ayant été suivie immédiatement d'une tuberculose miliaire aiguë, et mortelle dans 4 cas publiés dans les *Annales de la Charité,* de Berlin, Litten examine les causes possibles de cette issue fatale. Deux hypothèses sont admises : la décompression rapide du poumon et l'irruption brusque du sang dans les vaisseaux en résultant ou l'action locale des produits inflammatoires jouant le rôle de virus spécifique. N'est-ce pas vouloir expliquer à plaisir, par un mécanicisme exclusif et local, l'action obscure et latente des diathèses? Il est bien plus rationnel d'admettre, à l'exemple de beaucoup de cliniciens, que l'hyperémie, produite par l'évolution de la tuberculose, a déterminé l'épanchement comme son premier symptôme apparent et que celui-ci a été bien plutôt l'effet que la cause de la granulie qui s'est montrée ensuite. Les faits sont même rigoureusement en faveur de cette interprétation.

Trois des victimes étaient des jeunes gens que leur âge même prédisposait à l'évolution de cette diathèse. L'un était né de parents phtisiques et l'autre portait des lésions aux deux sommets quand la pleurésie s'est déclarée à droite. La troisième seule était une mère de famille de quarante-neuf ans, et c'est immédiatement à la suite de la ponction, le 28 juin, que, le 1er juillet suivant, l'auteur constate que la poitrine est pleine de râles sonores avec des râles fins et crépitants aux deux sommets. Comment ne pas voir qu'ils existaient préalablement, et que l'épanchement séreux énorme qui les masquait résultait bien plutôt de leur existence qu'il n'en a été la cause? Pour se donner le mérite de faire du nouveau à la faveur du positivisme régnant, on méconnaît la relation naturelle des faits, dont l'explication clinique est toute simple, pour en déduire des théories mécaniques impossibles. (*Arch. de méd.*, mai.)

Phtisie laryngée. *Auto-inoculation.* Le docteur Cadier a constaté avec le laryngoscope la propagation de la tuberculose par le contact direct, immédiat des points symétri-

ques des cordes vocales. Une ulcération étant rencontrée d'un côté, il est possible par l'observation journalière de voir la corde opposée en présenter rapidement une autre dans sa partie correspondante. Cinq cas en sont relatés comme exemples. L'action diathésique peut sans doute s'étendre de la sorte simultanément ou d'une manière successive; mais la propagation par contact est si manifeste que l'ulcération assez profonde de la corde droite ne coïncidait dans le premier cas qu'avec la rougeur du point symétrique de la gauche. L'irritation, l'inflammation existaient seules. Dix jours après, c'était du gonflement avec desquamation épithéliale et érosion superficielle de la muqueuse. Huit jours plus tard, une véritable ulcération baignée de muco-pus existait. L'auto-inoculation semble donc incontestable. (*Ann. des malad. du larynx*, n° 4.)

Trachéotomie. L'utilité en est démontrée par un phtisique, mort dans le service du docteur Gouguenheim, et qui avait subi six semaines auparavant la trachéotomie contre une asphyxie menaçante. Outre les lésions avancées de tuberculose pulmonaire, constatées à l'autopsie, une infiltration tuberculeuse existait à l'entrée du larynx avec d'énormes végétations polypeuses, obstruant presque complètement le vestibule sus-glottique. Les ganglions rétro-laryngés qui, à l'état normal, ont à peine le volume d'une tête d'épingle, étaient hypertrophiés et caséeux. Ils peuvent comprimer les récurrents et déterminer le spasme permanent des cordes vocales. La trachéotomie est ainsi d'une grande utilité; dans un cas analogue, l'opéré a survécu plusieurs mois. (*Soc. méd. des hôp.*, octobre.)

Insufflations d'iodoforme. Chez un phtisique au second degré dont le larynx était à la partie postéro-supérieure droite de la région aryténoïdienne, le docteur Schiffers pratiqua des insufflations avec 30 centigrammes d'iodoforme en poudre avec l'insufflateur de Rauchfuss, en les renouvelant trois fois dans la même séance. C'est un tube en caoutchouc recourbé muni d'un ballon élastique à l'autre extrémité. En établissant mieux le contact de la poudre avec la partie malade que les inhalations, la cicatrisation s'ensuivit en peu de jours.

D'autres cas de guérison par ce procédé montrent qu'il est capable, sinon de guérir ces malades, du moins de calmer leurs souffrances dans la déglutition et la phonation. (*Ann. des mal. du larynx*, mai.)

Des formes cliniques de la tuberculose laryngée; pronostic et traitement, thèse inaugurale par le docteur Ducau, chef de clinique laryngologique, avec deux planches; Paris 1883. Trois formes en sont distinguées : aiguë, subaiguë et chronique, suivant l'extension du mal. Pronostic fatal dans les deux premières. Le traitement seul par des révulsifs locaux, des pulvérisations phéniquées, créosotées, balsamiques, morphinées et bromo-morphinées, et des attouchements, des gargarismes avec ces mêmes substances rendent la troisième forme susceptible de guérison. Tous les caustiques et jusqu'aux insufflations pulvérulentes sont repoussés comme dangereux.

PHYSIOLOGIE. *Manuel du laboraroire de physiologie*, par MM. J. Burdon Sanderson, Foster et Brunton, membres des Sociétés royales de Londres et de Cambridge, traduit de l'anglais par M. G. Moquin Tandon, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon; 1 fort vol. in-8° de 614 pages avec 184 figures intercalées dans le texte. Félix Alcan éditeur, ancienne *librairie Germer Baillière et Cie*.

Le caractère pratique de cet ouvrage en est le mérite essentiel. Il a pour but d'initier aux expériences les plus délicates, en en exposant simplement la technique et le manuel avec les planches des instruments servant à les répéter. Il est divisé en trois parties, exécutées séparément par chacun des auteurs. La première comprend l'appareil circulatoire, la respiration et la chaleur animale. Elle est beaucoup supérieure aux deux autres par son étendue de 260 pages et revient au célèbre professeur Burdon Sanderson. On y trouve de nombreux renseignements précieux sur différentes questions de l'histoire du sang, de la respiration et de la calorimétrie. Les fonctions des muscles et des nerfs constituent la seconde de 110 pages seulement. La troisième, formant le reste du volume, traite successivement de la digestion et la sécrétion avec des notions préliminaires sur les substances albuminoïdes et la chimie des tissus. Des notes

pratiques sur les manipulations chimiques ont été ajoutées à cette partie terminale.

La traduction n'est pas littérale, la plupart des chapitres ont été remaniés, quelques-uns notablement augmentés par les auteurs mêmes. C'est donc un ouvrage aussi français qu'anglais. L'analyse en est impossible par la division même des matières formant jusqu'à 392 articles distincts. La simplicité des procédés opératoires autant que la précision des résultats en sont la caractéristique et au milieu de ce dédale apparent d'expériences et d'observations diverses, la classification permet de trouver facilement tout ce que l'on y cherche.

PLEURÉSIE. Elle se rencontre rarement pendant la grossesse. Aux 15 cas rapportés par M. Raymond dans sa thèse inaugurale, M. Camentron en ajoute deux autres démontrant son peu de gravité par cette complication. La grossesse n'en acquiert pas davantage; ni l'une ni l'autre ne se modifient et semblent évoluer séparément. L'avortement n'en résulte pas comme dans la pneumonie et l'épanchement devient rarement purulent dans ces conditions.

Elle doit donc être traitée comme à l'ordinaire. Les antiphlogistiques conviennent surtout chez les femmes dont l'état congestif paraît évident; mais sans rendre la diète trop sévère et prolongée pour la mère et pour l'enfant.

Au contraire, les vésicatoires sont le plus souvent contre-indiqués par l'albuminurie si fréquente chez les femmes grosses, indiquant une lésion spéciale des reins. Parmi les diurétiques, la digitale convient en particulier comme antifébrile puissant. En cas de dyspnée par l'abondance de l'épanchement, la thoracentèse peut être pratiquée sans danger. 4 observations en démontrent le peu de gravité et les avantages en sont signalés par l'auteur. (*Gaz. méd. de Toulouse.*)

Pleurésie pulsatile. Quatre observations recueillies par le docteur Comby à l'hôpital Lariboisière, sont l'occasion d'une étude d'ensemble sur cette espèce assez rare et peu connue. Des battements perceptibles à la vue et au palper l'ont fait confondre avec la pneumonie et le cancer pulsatils du poumon et l'anévrisme de l'aorte. Ces pulsations

indiquent toujours la purulence de l'épanchement et l'anéantissement complet du poumon. De là sa gravité spéciale et son incurabilité fréquente, comme aussi le nom d'empyème pulsatil qui lui est donné par beaucoup d'auteurs.

Si l'historique en fait remonter la première observation à Baillou en 1570, elle n'a été élucidée que depuis le commencement de ce siècle par celles qui ont été recueillies surtout en Irlande et en France. 23 en sont ainsi résumées. Elle paraît se développer de préférence chez les jeunes gens, c'est-à-dire depuis neuf ans jusqu'à trente. Son siège d'élection est le côté gauche. A en juger par ce petit nombre de cas, malgré sa parfaite connaissance depuis un demi-siècle, c'est donc là une véritable curiosité clinique. De là l'intérêt de cette monographie classique. (*Archiv. de méd.*, novembre et décembre.)

PNEUMONIE. *Etiologie*. L'observation et l'étude analytique de 80 cas de pneumonie lobaire aiguë, faites par le docteur Alison dans le cercle restreint de sa clientèle autour de Baccarat, de 1880 à 1882, l'ont conduit à signaler comme des causes de cette maladie bien des conditions locales et générales qui passent inaperçues. Telles sont les influences miasmatiques des habitations et les coïncidences morbides des individus. La présence de fumiers et de fosses à purin, de conduits ou de mares d'égoûts, constituait ainsi une cause d'insalubrité pour la plupart des habitations de ses malades, et la preuve de cette influence était dans le nombre aggloméré des malades, soit dans la même habitation, soit dans des maisons contiguës. L'action de ces émanations de matières organiques en décomposition était d'ailleurs décelée par la coïncidence d'autres maladies provenant de la même source. Telles sont les affections catarrhales avec état bilieux constituées par la grippe, la bronchite, l'embarras gastrique. Il a même vu la fièvre typhoïde coïncider avec elle. La matière putride serait ainsi, dans beaucoup de cas, le lien qui unit ces affections et le terrain consacré où elles se développent.

Des coïncidences morbides se rencontrent de même chez les pneumoniques ou leurs parents. On constate ainsi certaines affections antérieures des poumons : bronchite, pneumonie, emphysème ou divers états du système cardio-

vasculaire, comme la faiblesse des bruits du cœur, les palpitations, l'endartérite. Des poussées eczémateuses de la première enfance, souvent scrofuleuse, des affections arthritiques, névralgies, rhumatisme, furoncle, lithiase rénale et biliaire, variole sont aussi signalées comme maladies constitutionnelles.

Cette multiplicité de causes diverses fait essentiellement contraste avec les nombreux praticiens qui n'en admettent qu'une, le refroidissement. De toutes, c'est encore la plus commune et la plus sûre, comme l'auteur le confirme. 61 fois sur 80 malades, ce refroidissement était appréciable et manifestement senti. La prédominance de la pneumonie en hiver et les mois qui s'en rapprochent est ainsi établie, comme l'influence des professions actives au grand air. 43 pneumoniques avaient une profession active sur 37 en ayant une sédentaire. N'est-ce pas là ce qui explique aussi la proportion différente des sexes : 47 hommes contre 33 femmes? N'est-ce pas aussi par le défaut de résistance au froid que les vieillards sont fatalement prédisposés à la pneumonie? 20 avaient de soixante à soixante-dix ans contre 17 de trente à quarante, ce qui montre que la plus grande fréquence n'est pas de vingt à trente ans comme on l'a dit par erreur. 1000 soldats entrés à l'hôpital n'ont donné que 14 pneumoniques à M. Colin. (*Archiv. de méd.*, septembre et octobre.)

Or ne faut-il pas voir aussi dans ces conditions insalubres des habitations par leur humidité, leur mauvaise exposition et les immondices qui les entourent, comme dans ces constitutions appauvries, détériorées par les maladies antérieures, les diathèses et les cachexies, autant de causes déprimantes qui, en rendant plus impressionnables au refroidissement, agissent bien plutôt comme adjuvantes que spécifiques? Sans nier que des influences miasmatiques puissent exceptionnellement amener de véritables épidémies de pneumonies, il ne faut admettre ces causes qu'à bon escient, avec réserve et pour chaque cas particulier.

L'enquête générale, faite récemment en Angleterre sur ce sujet, est loin de s'accorder avec la précédente. Sur 350 cas examinés, 229 existaient dans le sexe masculin, et 120 seulement dans l'autre. 269 malades avaient de dix à soixante

ans, dont 70 de dix à vingt ans, et autant de vingt à trente, le surplus ayant eu lieu au-dessus.

Quant à la mortalité que M. Alison ne fixe pas, elle a été de 68, soit 19, 4 pour 100, celle des femmes étant un peu supérieure à celle des hommes. Elle augmente d'ailleurs suivant chaque décade, 7, 1 de dix à vingt ans, 11, 4 de vingt à trente ans, 18, 1 de trente à quarante et 40, 4 de quarante à cinquante ans. De ces 68 victimes, un poumon seul était atteint chez 37 : 22 fois à droite et 15 fois à gauche, et les deux chez 31.

Le genre de vie et les habitudes étaient tempérés chez 228 malades, aqueux chez 80 et intempérés chez 37, avec nourriture insuffisante chez 30. Or la mortalité a été le plus élevée chez les intempérants et le moins parmi les *total abstainers*.

Quant aux conditions sanitaires et météorologiques si difficiles, sinon impossibles à fixer, elles étaient indifférentes ou mauvaises dans la moitié des cas et bonnes dans un tiers seulement, quant à la maison et au site. D'où les docteurs Sturges et Sydney Coupland, rapporteurs, concluent : que s'il ne paraît pas que les conditions insalubres jouent un rôle considérable dans l'étiologie de la pneumonie, il est impossible de mettre en doute qu'une influence marquée est exercée par certains états météorologiques. Sans pouvoir démontrer avec précision en quoi consiste cette influence, ils pensent qu'il est impossible de nier que l'état de l'atmosphère relativement à la pression barométrique, l'humidité, la température et la direction des vents, doit agir en excitant ou favorisant le développement de la maladie. Elle s'est ainsi montrée dans plus de la moitié des cas quand le temps était humide et le plus souvent froid, comme les causes les plus fréquentes.

Rien au contraire dans les résultats de cette enquête ne justifie la croyance d'aucune connexion directe ou intime entre la pneumonie et diverses affections spécifiques ou infectieuses, comme la fièvre typhoïde, la diphthérite, l'angine, l'érysipèle, etc., susceptibles de coïncider avec elle. Aucun des malades n'a montré de prédisposition morbide particulière, ni dans sa famille, pas plus que l'aptitude de la maladie à se transmettre ni à récidiver. 30 cas seulement en sont signalés et l'hérédité tuberculeuse n'existait

que chez 34. A de rares exceptions, tous ces malades guérirent. Ce compte rendu statistique est ainsi la correction du précédent. (*British med. Association.*)

Emploi de la kairine contre la température. Voy. KAIRINE.

Spléno-pneumonie. Variété de la congestion pulmonaire se confondant avec celle que produit la pleurésie et introduite sous ce nouveau titre par le docteur Grancher. En voici un exemple :

Un homme de vingt-quatre ans est pris le 12 juillet, à la suite d'un refroidissement, d'un frisson violent avec fièvre. A son entrée à l'hôpital, six jours après, il présente tous les signes d'une pleurésie simple, diagnostiquée par l'interne : matité complète à la base du poumon gauche, absence presque totale des vibrations thoraciques, souffle doux et pectoriloquie aphone. MM. Rigal, Blachez et le professeur Potain conclurent à une pleurésie. Néanmoins, trois ponctions exploratrices consécutives donnèrent seulement de fines bulles de gaz avec de la sérosité sanguinolente à une profondeur de 8 à 9 millimètres de l'aiguille. L'état s'était à peine modifié un mois après. D'où la négation même du diagnostic.

Un albuminurique ayant présenté les mêmes phénomènes, et deux cas de pneumonie lobaire suppurée ayant offert, à l'autopsie, des adhérences pleurales anciennes, il conclut que l'absence des vibrations thoraciques résulte de la réplétion pulmonaire par un liquide des alvéoles; ce qui donne aux viscères une densité semblable à celle d'un liquide et produit les mêmes effets. Cette exsudation séro-albumineuse sans doute, accompagnée d'une prolifération épithéliale intra-alvéolaire, serait le caractère de la spléno-pneumonie. Le défaut de netteté de l'égophonie et une légère rudesse du souffle, comme dans la pleurésie, en seraient les principaux signes. L'existence de quelques craquements secs, fins, bornés aux inspirations profondes, constatés par une auscultation très attentive et silencieuse, suffirait encore à la reconnaître, surtout en coïncidant avec une tonalité insensible entre la matité de la base et le skodisme du sommet. Dans l'épanchement pleural, en effet, cette transition est brusque et les râles de la crépitation dite pleurale sont

assez gros et perçus aux deux temps de la respiration. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 août.)

POLYPES. Quoique formant histologiquement les myomes, il convient de conserver cet ancien titre qui réunit plusieurs variétés différentes de ces corps morbides. Nous emploierons ces deux mots pour mieux différencier ces excroissances.

Myomes utérins. La laparotomie a fait tant de progrès et est employée si facilement que les gynécologistes allemands cherchent à fixer les cas où cette opération est applicable aux polypes utérins. Suivant Lomer, inspiré par son maître Schrœder , la borne des deux méthodes se trouve au niveau du col utérin. Toutes les fois qu'il n'oppose aucun obstacle au passage du polype, la voie vaginale doit être préférée ; dans toute autre circonstance, la voie abdominale semble la meilleure. Il suffit même que la dilatation forcée du col soit nécessaire au passage du polype pour constituer une dangereuse opération ; plusieurs exemples mortels en sont cités par la déchirure étendue du col, l'endométrite et la péritonite pouvant y succéder.

Les myomes interstitiels ou pédiculés, développés sur l'une ou l'autre lèvre et faisant saillie dans la cavité vaginale, comportent l'extirpation vaginale, de même que les myomes sous-muqueux, pédiculés, dont la présence a produit la dilatation spontanée des orifices internes. Le chemin étant tout ouvert pour saisir la tumeur et l'amener au dehors, il convient d'y recourir.

Les myomes sous-séreux, appliqués contre un cul-de-sac du vagin, peuvent aussi être extraits par cette voie, quand la tumeur est petite et sans adhérences. Dès qu'elle est volumineuse, mal délimitée et fixée aux organes qu'elle entoure, les difficultés d'extraction rendent la laparotomie préférable comme un exemple en est donné. Du volume d'une tête d'adulte et occupant toute l'excavation du petit bassin, la tumeur, morcelée à deux reprises, ne put être enlevée complètement.

La voie abdominale convient de préférence aux myomes sous-séreux ou interstitiels de l'utérus, comme M. Péan l'a démontré le premier par des opérations et des guérisons

qui semblaient impossibles à tous les chirurgiens, bien avant que Martin, de Berlin, ait réalisé cette découverte en 1879. Restent les fibromes sous-muqueux saillants dans la cavité de l'utérus avec un orifice utérin rigide. La pratique n'ayant pas encore prononcé, l'avenir décidera si, à l'aide de la dilatation, l'ablation peut en être faite par le vagin, celle-ci n'ayant donné depuis 1873 qu'une mortalité de 16 pour 100. (*Zeitschr. fur geburts.*)

Polypes du nez. Leur destruction par l'acide chromique en cristaux très petits ou en solution de 100 grammes à l'once, a le mieux réussi au docteur Donaldson. C'est un escharotique puissant qui ne cause pas de douleur, ne produit pas d'hémorrhagie et dont l'action peut être parfaitement contrôlée, si l'on en fait un usage judicieux. En outre, il est plus antiseptique et désinfectant que tous les autres acides et sels métalliques qui ont été employés. Son action est prompte, mais peu pénétrante.

Voici son mode d'application : humectez la membrane muqueuse d'une solution de plomb pour la protéger; recouvrez d'acide l'extrémité pointue d'une mince tige de verre, faites-la pénétrer aussi loin que possible dans le centre du polype et, avant de la retirer, retournez-la plusieurs fois dans la plaie, de façon à ce que l'acide y reste déposé. Immédiatement, le polype se crispe et on peut l'enlever sans douleur et sans hémorrhagie avec la pince à dissection. Quelquefois l'application locale est suivie d'irritation, mais la solution de plomb, si elle a été bien appliquée, protège les tissus environnants.

Après l'application de l'acide, on place les lacs avec plus de précision qu'auparavant. L'acide chromique peut être employé dans les deux variétés de polypes gélatineux. Il est aussi très utile contre les polypes fibreux, mais à un moindre degré. Ce traitement n'exclut pas les différentes méthodes chirurgicales, il en est plutôt un adjuvant pour les faciliter en détruisant la substance du néoplasme, en rendant l'opération chirurgicale moins douloureuse, l'hémorrhagie moins abondante ou enfin pour détruire les insertions du polype et en prévenir le retour. (*New-York medical Record.*)

Polypes du larynx. Une nouvelle pince à broches, s'articulant comme le forceps, a été imaginée par le docteur A. Reverdin pour leur excision. Des anneaux se trouvent à l'extrémité de chaque branche pour le passage des doigts et un plateau arrondi, de 3 centimètres de diamètre, est sillonné transversalement, à sa face interne, de profondes cannelures avec une ouverture de un centimètre au centre. Le glissement des tissus saisis devient ainsi impossible. Au lieu de broches en fil de fer pour fixer les tumeurs, il a imaginé une sorte de griffe triple ou quadruple qui en assure mieux la fixation. Il a remplacé également la crémaillère, destinée à maintenir les mors rapprochés, par un simple fil de caoutchouc. En embrassant l'une des branches au-dessus de son anneau par un nœud coulant de ce lien élastique, il l'étire jusqu'à le faire pénétrer dans une encoche placée au-dessus de l'anneau de l'autre branche. Et c'est en le laissant revenir sur lui-même que le caoutchouc, reprenant son épaisseur primitive, se trouve solidement fixé. De là moins de raideur et de brutalité dans la fermeture de la pince qu'il est possible de graduer en toute sécurité. Un exemple de son application avec succès est joint à cette description. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 15 mars, et broch. in 8° avec planches, Genève 1883.)

PRIX. La haute distinction de *baronnet* accordée en Angleterre à William Bowman, le célèbre ophthalmologiste, et à l'illustre chirurgien Lister peut bien être considérée comme la récompense de leurs travaux. Le défaut de ces honneurs nobiliaires en France ne permet pas de les considérer comme des prix.

La municipalité d'Acquapendente demande la coopération des autres villes italiennes et de toutes les institutions médicales pour élever un monument à la mémoire de Jérôme Fabrizio, surnommé Fabrice d'Acquapendente, le grand anatomiste auquel on est principalement redevable de la découverte des valvules des veines. Avis.

Académie de médecine de Paris.

Prix de l'Académie, 1884. De la présence des bacilles dans les crachats et de leur valeur séméiologique, 1000 francs.

Prix Portal. Anatomie pathologique des cancers, 1000 francs.

Prix Civrieux. De la sclérose en plaques disséminées, 1500 francs.

Prix Capuron. Traumatisme et grossesse ; leur influence réciproque, 1500 francs.

Prix Barbier. 3000 fr. (Voy. *année* 1878.)

Prix Godard. Au meilleur travail de pathologie interne, 1500 fr.

Prix Desportes. 1500 fr. (Voy. *année* 1881.)

Prix Daudet. Même question qu'en 1882. 2000 francs.

Prix Vernois. 800 francs à décerner au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix Lefèvre. 2500 francs au meilleur ouvrage contre la mélancolie.

Prix Falret. Des folies diathésiques, 1000 francs.

Prix Orfila. 6000 francs. (Voy. *année* 1879.)

Prix de l'hygiène de l'enfance. De l'étiologie et de la prophylaxie de la scrofule dans la première enfance, 1500 francs.

Prix Saint-Lager. 1500 francs à l'expérimentateur qui aura réussi à produire la tumeur thyroïdienne.

Prix Saint-Paul. 25 000 francs pour un remède efficace et souverain contre la diphthérite.

A défaut de pouvoir décerner ce prix, l'Académie accorde des récompenses ou des encouragements, pris sur les intérêts annuels de cette somme, à ceux qui lui adressent des travaux sur ce sujet. Une somme de 500 francs, sur le prix de 1882, a été ainsi décernée à une étude de la structure et du développement des productions pseudo-membraneuses sur les muqueuses et sur la peau, de même qu'en Allemagne une somme beaucoup plus forte a été accordée

pour le même sujet à des recherches expérimentales. Voy. DIPHTHÉRITE EXPÉRIMENTALE.

Prix Monbinne. Subvention annuelle de 1500 francs pour des missions scientifiques.

Les travaux destinés à ces prix doivent être parvenus au secrétariat de l'Académie, rue des Saint-Pères, avant le 1er juillet de cette année, *franco* et dans les formes académiques, excepté pour les ouvrages imprimés et les manuscrits destinés aux prix Barbier, Godard, Desportes, Vernois, Lefèvre, Saint-Paul.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE PARIS.

Des convulsions chez les enfants du premier âge, de leurs causes et leur traitement, 500 francs de récompense.

Adresser *franco*, dans les formes académiques, les mémoires écrits en français au docteur R. Blache, secrétaire général, rue des Beaux-Arts, 4, avant le 1er novembre 1884.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE PARIS.

Mémoire inédit sur un sujet de médecine pratique, 300 francs et une médaille commémorative.

Adresser dans les formes académiques à M. Gillet de Grandmont, secrétaire général, 4, rue Halévy, avant le 1er octobre 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

1° Etudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles, 800 francs.

Clôture du concours : 15 février 1885.

2° Déterminer par de nouvelles expériences et de nouvelles applications le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale, 1500 francs.

Clôture du concours : 1er avril 1886.

Les mémoires doivent être écrits en français, en latin ou

en allemand, et même en allemand, en anglais et en italien pour la seconde question, et envoyés *franco* et dans les formes académiques au secrétaire de l'Académie à Bruxelles, avant les délais ci-dessus fixés. 50 exemplaires des travaux couronnés sont remis gratuitement aux auteurs.

Prix Bufalini. Des applications théoriques et pratiques des méthodes expérimentales à la science, 5 000 francs. Les médecins de tous les pays peuvent concourir et les mémoires, écrits en latin ou en italien, doivent être adressés au secrétaire de la Faculté médicale de Florence, *via degli alfani*, 35. avant le 1er octobre 1884.

Prix des découvertes. Une somme de 25 000 est offerte par la compagnie des épiciers de Londres au meilleur mémoire établissant la découverte d'une méthode propre à l'isolement du virus vaccin et à sa culture en dehors de l'organisme animal et de tout autre milieu zymotique. Cette méthode doit permettre la multiplication du virus vaccinal d'une manière indéfinie pour les générations futures, sans plus de danger d'altération ni d'affaiblissement que le fluide vaccinal.

Les mémoires à l'appui seront remis jusqu'au 31 décembre 1886 au comité scientifique à Londres, composé de MM. Simon, Burdon-Sanderson, Buchanan et Tyndall ou séparément à l'un d'eux.

American neurological Association.

Prix Hammond. Des fonctions du thalamus chez l'homme. 500 dollars (2 500 francs) seront accordés en juin 1884 au meilleur travail sur ce sujet.

Le concours est ouvert aux auteurs de toutes nationalités jusqu'au 31 janvier 1884. Adresser les manuscrits au docteur E. C. Seguin, 41, W. 20 th. street, New-York.

PROSTATE. Il est toujours difficile et souvent impossible de diagnostiquer exactement la nature des tumeurs de cette glande, profondément cachée et difficilement accessible au toucher. L'absence de douleur et l'uniformité de la rétention d'urine en résultant n'est ordinairement d'aucun secours dans un cas de ce genre. L'obstacle formé par son

hypertrophie simple à la miction peut même faire croire parfois à une paralysie essentielle de la vessie, paralysie qui n'existe pas.

Un homme de soixante-dix ans, très bien portant, éprouve ainsi depuis quelque temps une grande difficulté de vider sa vessie dans le jour; il ne pisse que par regorgement, tandis que l'incontinence se manifeste pendant la nuit. L'usage du seigle ergoté ne produit pas d'amélioration. Le toucher indique une hypertrophie très marquée, sans douleur, que les suppositoires fondants ne modifient pas. Le cathétérisme donne au moins 750 grammes après la miction volontaire d'une urine formant un dépôt abondant de mucus; l'injection d'une solution d'acide borique à 4 0/0 ne le diminue que lentement. L'action de la strychnine, de l'électricité localisée et une saison aux eaux de Balaruc n'ont en rien modifié cette alternance de rétention diurne et d'incontinence nocturne, obligeant le malade à se sonder matin et soir pour vider sa vessie. On est donc conduit à attribuer cet état à une hypertrophie du lobe moyen de la prostate, que le doigt ne peut atteindre, agissant mécaniquement comme une tumeur sur le col de la vessie dont il détermine la parésie. Le défaut de souffrance et l'état stationnaire des fonctions ne permettent guère d'autre diagnostic.

Reine des prés. Cette gracieuse plante, *Spiræ ulmaria*, a été employée en infusion contre l'hypertrophie de la prostate chez les vieillards. Le docteur Baugh, après en avoir fait usage sur lui-même en bonne santé, en a éprouvé un effet diurétique marqué et l'a conseillée avec succès à plusieurs malades atteints de rétention d'urine et ne pouvant être sondés. Un quart d'heure après l'injection de cette infusion, ces malades ont uriné abondamment avec un peu de douleur dans le canal. Il admet dès lors que c'est par son action sur le sphincter vésical que cette plante agit par ses propriétés antispasmodiques en en provoquant le relâchement. Une irritation de la région prostatique suffirait à faire contracter ce sphincter, comme la congestion et l'inflammation de cette glande, au point de provoquer la rétention urinaire et empêcher le passage de la sonde, plutôt que son hypertrophie, son engorgement ou son développement anormal. (*Edinb. med. journal.*)

Le rétrécissement spasmodique de la région prostatique de l'urèthre, ordinairement passager et transitoire, passé à l'état chronique, serait donc plus justiciable de ce remède que l'engorgement dur, l'hypertrophie de la prostate ou de l'un de ses lobes, toujours persistants et aussi difficiles à combattre qu'à vaincre, même sans caractère spécifique. De là la différence à faire dans l'administration de ce remède.

Galvano-caustique. Elle est spécialement appliquée par le docteur Tansini pour diviser le lobe de la prostate hypertrophiée empêchant la sortie de l'urine. Selon le procédé de Bottini, cette cautérisation prévient toute hémorrhagie et l'eschare en résultant ferme la porte aux injections locales ; mais une cautérisation légère de la surface de l'urèthre étant souvent produite par l'élévation de la température de l'instrument, le tube actuellement employé est double et un courant d'eau froide empêche cette élévation de la température. La cautérisation est ainsi localisée exactement au point où la petite lame de platine, rougie par le passage du courant, doit couper le lobe prostatique. Toujours l'auteur a eu des succès complets ou au moins une amélioration notable chez les malades qui avaient été soumis à cette opération. Celle-ci ne doit être pratiquée que sur les malades chez lesquels on a essayé en vain les autres procédés rationnels qu'on oppose ordinairement à ce genre de maladie. (*Gazz. degli ospitali,* décembre 1882.)

Rétrécissement prostatique. En voyant à l'amphithéâtre un exemple de rein hypertrophié, uretères tortueux ou une vessie saxiforme, conjointement avec une prostate volumineuse, M. R. Harrison a presque involontairement l'idée de ce rétrécissement. Le traitement lui paraît toujours commencer trop tard. Quand l'hypertrophie empêche la miction à un degré qui ne peut être levé par le cathétérisme, un autre traitement opératoire est nécessaire. Pour assurer plus ou moins l'écoulement de l'urine d'une manière permanente, autrement que par l'urèthre, il a une préférence marquée pour l'incision du périnée, comme donnant plus de sûreté et de confort. Il a obtenu des résultats très remarquables en ponctionnant la vessie à travers la glande hyper-

trophiée, au moyen d'un trocart introduit par le périnée, et cette méthode a reçu l'approbation du docteur Gross. La division de l'obstruction prostatique au col de la vessie, par une ouverture dans la portion membraneuse de l'urèthre, est un procédé à suivre quand la vessie n'est pas encore frappée d'une atonie confirmée et irrémédiable. (*Address à l'Association méd. britannique*, août.)

Cancer de la prostate. Un exemple en a été constaté anatomiquement sur un homme de trente-cinq ans, entré à l'hôpital pour une difficulté de la miction depuis un an sans avoir jamais rendu de sang. Cathétérisme impossible. Le toucher anal révèle une prostate énorme, arrondie et molle, de même que la palpation abdominale au-dessus du pubis la trouve s'élevant presque jusqu'à l'ombilic. Une ponction rectale donna seulement quelques gouttes de sang. L'urèthre ouvert au périnée donna issue à quelques gouttes d'urine; la dysenterie s'ensuivit et l'opéré succomba neuf jours après.

Cette tumeur à l'autopsie pesait 5 livres et 2 onces, sans révéler aucune trace de la prostate ni des vésicules séminales. La vessie, repoussée par la tumeur au niveau de l'ombilic, contenait seulement quelques onces d'urine; uretères normaux, urèthre non compris dans la tumeur et placé en avant.

La surface de section était ferme comme le squirrhe par place et molle comme l'encéphaloïde dans d'autres, avec îlots d'un liquide puriforme épais. Au microscope, elle offrait le type du sarcome à petites cellules rondes. D'autres tumeurs secondaires furent rencontrées dans l'épiploon et les capsules du foie et de la rate. Des spécimens en ont été soumis par le docteur Hughes à la Société pathologique de Philadelphie.

C'est donc là une exception à la règle posée par sir H. Thompson déclarant qu'aucun cas de tumeur maligne de la prostate n'est signalé entre huit à quarante et un ans. L'intégrité des reins, des uretères, de la muqueuse vésicale et du canal de l'urèthre, l'absence d'hémorrhagie sont les traits remarquables de ce cas dont le diagnostic est resté très difficile.

Kyste de la prostate. Un cas en a été constaté chez un homme de constitution chétive, âgé de quarante-trois ans, entré à l'hôpital Beaujon, le 23 septembre 1882, pour une rétention d'urine absolue avec douleurs dans les reins, le sacrum et la colonne vertébrale. Une sonde en caoutchouc passe. La prostate, très volumineuse, comprimait le rectum et refoulait l'urèthre par une tumeur lisse et fluctuante. On crut à un abcès froid, comme le malade en avait eu un préalablement sur le thorax. Une ponction fut faite avec le bistouri, le 9 octobre, et donna issue à un liquide clair et abondant contenant des hydatides deux jours après en allant à la selle. C'était donc bien un kyste dont les auteurs les plus récents mettent l'existence en doute. Il siégeait dans le lobe droit et l'opéré sortit guéri le 3 novembre.

Un cas semblable a été observé par M. Nicaise qui donna 700 grammes de liquide avec des crochets d'hydatides. (*Soc. de chirurg.*, février.)

PURPURA. *Hémorrhagies des centres nerveux.* Sans être nouveau, puisque Stoll le signale dès 1787, cet accident rare, souvent confondu sans doute avec d'autres, n'est pas assez distingué en raison même de sa gravité. Ce phénomène n'a en soi rien d'étonnant. Quand le sang flue de toutes parts sous la peau et les muqueuses et fait même irruption au dehors, il peut bien s'épancher de même dans les centres nerveux, à leur surface comme dans la profondeur de leur tissu mou et délicat. Avec les progrès de l'anatomie pathologique depuis Bichat, divers auteurs en ont consigné des exemples dans des thèses ou des journaux; mais la rareté de ces observations isolées et éparses ne permettait pas de fixer l'attention médicale sur l'interprétation exacte de ces hémorrhagies internes, cachées. Un cas s'en étant offert au docteur Duplaix, pendant son internat dans le service de M. Duguet, il en a été frappé et des recherches à ce sujet lui ont permis d'en collecter jusqu'à 24 observations. D'où un mémoire intéressant mettant parfaitement ces faits en relief dans leurs diverses manifestations.

L'anémie générale, plus ou moins marquée dans la maladie pourprée de Werlhof, en imprimant une pâleur considérable à la substance grise ou blanche du cerveau,

en rend les hémorrhagies d'autant plus apparentes. De là leur rareté. Elles sont toujours plus ou moins tardives et semblent consécutives aux altérations des parois vasculaires produites par l'anémie même. Ces petits foyers hémorrhagiques sont ordinairement limités. Un seul cas de ramollissement a été observé.

Ainsi s'explique la céphalalgie prédominante, sans siège localisé, tenant à l'anémie encore plus qu'aux hémorrhagies. Le délire et le coma consécutif avec convulsions parfois en sont les principaux signes. Les troubles de l'ouïe et de la vue, la surdité et la cécité en sont même résultés, quand les nerfs de ces fonctions en sont lésés. Des pétéchies des méninges ont aussi coïncidé avec les convulsions. Ces signes entraînent ainsi un pronostic grave et l'on peut douter que ces hémorrhagies aient existé souvent dans les cas de guérison. (*Archiv. de méd.*, avril et mai.)

Influence génitale. Le rhumatisme blennorrhagique, qui se complique parfois de purpura chez l'homme, comme des exemples très positifs en sont relatés, s'observe de même chez la femme. Deux exemples en ont été rencontrés dans la clinique du professeur Potain, chez une nouvelle accouchée de vingt-cinq ans prise d'œdème par un refroidissement avec éruption purpurique. Cet état constituait donc l'œdème pourpré fébrile des anciens. A défaut de pouvoir attribuer cette éruption à la diathèse rhumatismale, complètement absente chez cette malade, il faut donc en rattacher la cause à l'influence génitale. Une femme atteinte de vaginite avec manifestations rhumatismales et purpura était en voie de guérison, lorsque, sous l'influence d'une injection intempestive pour arrêter l'écoulement et qui l'exaspéra, le purpura et le rhumatisme reparurent aussitôt. Une femme dans l'état puerpéral peut ainsi, sous l'influence d'un simple refroidissement, présenter des accidents ordinairement liés à la diathèse rhumatismale.

La suppression des règles suffit même à cet effet. Une jeune fille sans antécédents rhumatismaux, ayant eu ses règles supprimées brusquement, fut prise, deux mois après, d'une urticaire très abondante au moment de leur réapparition. Celles-ci ne se montrant pas, des sinapismes furent appliqués et une éruption locale et étendue de purpura y

succéda en se généralisant les jours suivants. L'urticaire et le purpura reparurent avec la même intensité, accompagnés de malaise et abattement à l'époque suivante. Ce purpura urticans était donc en dehors de toute influence rhumatismale. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, décembre.)

Des diverses espèces de purpura, thèse d'agrégation par le docteur Du Castel, médecin des hôpitaux. In 8° de 96 pages. Cinq espèces en sont distinguées : rhumatismaux, cachectiques, toxiques, mécaniques, névrotrophiques. Ils sont donc purement symptomatiques et c'est ainsi que les espèces essentielles d'autrefois : simple et hémorrhagique, sont rejetées dans ce cadre général. Quant à leurs caractères différentiels, l'espèce toxique se distingue dans les formes infectieuses par des ecchymoses étendues et livides, des hémorrhagies muqueuses, de la prostration et des éruptions. Au contraire, le purpura mécanique est circonscrit dans des régions très limitées et composé de pétéchies. Telle est l'interprétation actuelle de cette manifestation cutanée.

Trois types principaux en sont seulement distingués, au point de vue clinique, par le docteur Merklen dans une étude critique à ce sujet. Le premier, essentiellement caractérisé par la pyrexie, la bénignité, un début brusque et une marche rapide, est la maladie de Werlhof. La fièvre fait également défaut dans le second ou ne survient que tardivement. Le début peut être brusque, mais l'évolution est lente par une sorte de cachexie progressive se joignant aux autres symptômes ; c'est le purpura scorbutique se confondant avec le scorbut sporadique. Enfin, la fièvre se montrant d'emblée et avec une certaine intensité différencie le purpura fébrile de Rayer ou purpura infectieux de M. Mathieu.

Tous les cas décrits par les auteurs peuvent se grouper dans ces variétés symptomatiques. Deux faits se dégagent des recherches modernes : le rôle prépondérant du système nerveux dans la pathogénie de l'éruption pourprée et les hémorrhagies internes qui l'accompagnent et surtout l'insuffisance et la variabilité des notions étiologiques qui renversent l'ancienne entité morbide. Néanmoins, c'est la manifestation d'une diathèse hémorrhagique, accidentelle ou symptomatique. (*Gaz. hebd.*, nos 40 et 42.)

Purpura hémorrhagique. *Origine traumatique.* Un exemple s'en est rencontré à l'hôpital Bichat, le 17 mars dernier, chez un garçon de dix-huit ans. Il était assis sur un banc le 15 mars, lorsqu'un de ses camarades, le tirant par derrière en jouant, le fit tomber à la renverse le dos contre terre et les pieds pris dans le banc. Il se releva sans avoir éprouvé la moindre émotion, mais une heure après voulant frictionner les parties contuses avec de l'eau blanche, il remarqua des taches rouges sur ses membres. Le lendemain, il pissait le sang presque pur et M. Terrier constata à son entrée une éruption, sur les deux membres inférieurs, de petites taches d'un rouge violacé sans saillie de la peau, irrégulièrement arrondies depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille. Elles sont plus larges et ecchymotiques en avant. Plusieurs ecchymoses bleuâtres existent sur les parties contuses. Mais les taches purpuriques se montrent bientôt sur la face, le thorax, le cou et les omoplates.

L'urine continua à être brune, contenant de très nombreux globules sanguins. Des épistaxis eurent lieu ensuite, malgré l'administration de 50 centigr., de seigle ergoté, du sirop d'iodure de fer, du vin de quinquina et quatre pilules de 10 centigr. de tannin. Le tamponnement des narines fut même nécessaire et jusqu'au 22 mars ces accidents hémophiliques persistèrent. Guérison et sortie le 9 avril.

Cette cause de la maladie de Werlhof paraît très rare. Aucun cas n'a pu en être trouvé par l'auteur de cette observation, M. Hartmann. On ne peut donc l'attribuer qu'à une disposition hémophilique et le tempérament nerveux de ce garçon. (*Revue de chir.*, septembre.)

Il est moins facile d'en trouver la raison chez un menuisier de trente-trois ans, entré à l'hôpital Laennec le 2 mars pour des saignements de nez se répétant depuis un mois. Le battement des artères est exagéré à l'examen, le cœur bat violemment et l'on diagnostique une endocardite végétante. Quatre jours après, une épistaxis très abondante nécessite le tamponnement et des injections d'ergotine. Le foie douloureux augmente de volume ainsi que la rate. Urine albumineuse et, malgré un traitement actif par M. Hanot, les urines deviennent sanguinolentes et des taches de purpura très rouges, comme des piqûres de puce, se mon-

trent à la partie supérieure droite du corps. Le malade maigrit avec un traitement ferrugineux et tonique : les urines albumino-sanguinolentes persistent et, malgré la suralimentation, le purpura reparaît à la partie postérieure du tronc, l'amaigrissement augmente et le malade succombe le 12 avril dans une extrême émaciation.

L'autopsie confirme l'endocardite végétante et un athérome artériel généralisé. D'où l'explication de ce purpura par des embolies capillaires parties du polype endocarditique développé sur un cordage tendineux et probablement d'origine rhumatismale d'après les antécédents du malade. (*Archiv. de méd.*, octobre.)

Purpuras hémorrhagiques. Essai de nosographie générale : thèse inaugurale par le docteur Mathieu, Paris.

Leur distinction avec la variole hémorrhagique est démontrée par l'exemple d'un garçon boucher de trente-quatre ans, robuste en apparence, entré le 26 mars à l'hôpital Tenon dans le service de M. Rathery. Quelques signes de tuberculose commençante au sommet du poumon gauche existaient sans trace de cachexie, lorsque apparurent des taches de purpura sur les membres inférieurs, les bras et tout le corps. Température à 38°, épistaxis, hémorrhagies par diverses voies et larges ecchymoses inguino-scrotales. Trois à quatre poussées consécutives mirent fin à l'éruption et le malade paraissait entrer en convalescence, le 9 mai, lorsque de violentes douleurs lombaires et envies de vomir avec une température de 40° se manifestèrent. Quelques petites ecchymoses purpuriques disséminées et des papules se changèrent en pustules varioliques en trois jours. Au lieu de prendre la forme hémorrhagique, comme on le redoutait, ce fut une simple varioloïde bénigne pour laquelle il fut isolé.

Rentré dans la salle commune, ce malade fut pris d'une nouvelle poussée de purpura avec hémorrhagies et qui récidiva comme la première fois. Il faudrait donc ranger ce cas dans la variété infectieuse. (*Soc. méd. des hôp.*, octobre.)

PUSTULE MALIGNE. La guérison spontanée de cette affection dans certains cas a toujours fait mettre sa réalité en doute. Assimilée au charbon des animaux et entraînant

le plus souvent la mort comme celui-ci, elle était contestée dans sa nature, malgré toutes les apparences extérieures, dès qu'elle guérissait. L'affirmation de son diagnostic par l'inoculation aux animaux ne permet plus cette fin de non-recevoir et sa curabilité est ainsi démontrée indubitablement.

Au commencement de janvier dernier, entrait dans le service de M. Reclus, à Bicêtre, un garçon de 17 ans, habituellement occupé à porter des morceaux de viande de boucherie sur son épaule, qui avait vu apparaître quatre jours auparavant une petite tumeur sur le côté gauche de son cou. Il avait pu continuer son travail, sans autres symptômes généraux qu'un peu de malaise le troisième jour avec un frisson d'une heure. Une eschare d'un centimètre de diamètre existait à son entrée sur la région cervicale latérale gauche. Légèrement déprimée, elle était entourée d'une aréole inflammatoire de deux centimètres de diamètre, bordée d'une couronne ininterrompue de vésicules à deux rangées. Les plus externes contenaient en certains points un liquide transparent; les internes étaient remplies d'un liquide un peu hématique. Des ganglions fusionnés en une seule masse existaient dans la région sterno-mastoïdienne correspondante. Des cataplasmes avaient été seuls appliqués dessus.

L'examen du sang, pris au bout du doigt par une piqûre, n'a pas révélé de bactéridies charbonneuses, pas plus que le liquide des vésicules ni celui recueilli sous l'eschare. Soumis à MM. Capitan et Charrin, ces divers liquides ne présentaient pas d'éléments caractéristiques au microscope; c'étaient des granulations indéterminées. Leur culture dans du bouillon stérilisé et leur inoculation directe à des lapins et des cobayes ont été négatives, à une seule exception. Un petit cobaye est mort à la suite, sans que le sang ait été examiné avec soin. Néanmoins, du sang de cet animal, *pris deux jours après sa mort,* cultivé et inoculé à d'autres sujets, a acquis à la quatrième culture des propriétés virulentes positives. Il a tué des lapins qui ont présenté la bactéridie caractéristique du charbon et dont le sang a servi à faire des inoculations toutes positives. Ce dernier résultat tend donc à montrer la spécificité de la pustule de l'enfant guéri, car si le cobaye mort n'avait pas récelé cette bactéridie, la

culture de son sang n'aurait pu la développer. S'il eût été septique, il n'eut pu développer la bactéridie charbonneuse parfaitement visible dans le liquide de culture dont l'échantillon a été soumis à la Société de biologie le 7 juillet.

Comment la guérison du malade s'est-elle faite spontanément? L'auteur admet qu'il était réfractaire au charbon comme d'autres le sont à la vaccine. Mais les caractères authentiques de la pustule maligne contredisent cette supposition. Il serait plus rationnel d'admettre que cet individu, comme tous ceux guéris avant lui sans traitement spécifique, n'avait pas un sang propre à la prolifération de ce microbe, puisqu'il n'était pas contenu pendant la vie, ni dans le sang ni dans le liquide des vésicules, comme dans le cas observé par M. Verneuil en 1881. Et comment s'est-il développé ensuite dans le sang des animaux? (*Soc. de chirurg.*, juin.)

La contagiosité ne réside donc pas seulement dans la bactéridie et, à moins d'invoquer ses germes ou corpuscules invisibles, il faut bien admettre qu'elle existe aussi dans le liquide. L'extinction sur place de ce microbe, résultant de ce fait chez l'homme, démontre aussi la différence de la pathologie et la thérapeutique microbiennes, quant aux maladies infectieuses, entre l'homme et les animaux. Dans leurs dernières investigations à ce sujet, MM. Arloing, Cornevin et Thomas arrivent ainsi à la conclusion finale que certaines formes de virus ou de microbes offrent une réaction spéciale vis-à-vis de quelques agents destructeurs, sans qu'il soit possible de prévoir d'avance, sans expérience préalable, si l'un ou l'autre de ces virus sera atteint par un de ces réactifs. (*Lyon méd.*)

Injections iodées. Leurs succès obtenus chez l'homme depuis les travaux de Davaine sont encore augmentés par un fait récent observé à l'Hôtel-Dieu par le professeur Richet et présenté à l'Académie des sciences. Un boucher ayant porté, le cou découvert, des viandes saignantes, le 28 février, aperçut dès le lendemain sur sa joue un petit bouton qui grossit rapidement. Se sentant fort malade, brisé et courbaturé, il vint à l'hôpital dans un état de terreur extrême. Température à 39°, 9, pouls à 108, soif intense, abattement extrême; œdème dur et douloureux

autour de la pustule avec gonflement s'étendant à la face et au cou. Ganglions gonflés et douloureux derrière la mâchoire; absence de bactéridies dans le sang et le sérum de la pustule, mais des spores et des granules existaient dans celui-ci.

Huit injections de teinture d'iode mélangée à deux tiers d'eau furent pratiquées autour de la pustule et renouvelées le soir même. Dès le lendemain, l'état était très amélioré; température à 38, 4, pouls à 88. Nouvelle injection le 7 mars, la température est à l'état normal de 37 et le pouls à 69. La guérison se montre par la chute de l'eschare de la pustule, laissant une plaie très étendue qui témoigne de la violence et de la virulence charbonneuses.

La réalité de celle-ci fut démontrée positivement par l'inoculation à des cobayes du liquide pris autour de la pustule. Tous sont morts du charbon, en donnant naissance au bacillus anthracis, bien que les liquides inoculés, soumis au microscope comme le sang pris à un doigt du malade, n'en continssent pas.

Le succès dans ce cas dépend donc de ce que l'infection n'était pas générale. L'action locale de l'iode n'est curative qu'à cette condition, comme le montre le premier fait mortel de l'auteur signalé en 1881. (*Acad. des sciences.*)

Transmission par un insecte. Une femme dont l'habitation touchait à une étable à moutons et ayant pour hôte familier le chien, gardien du troupeau, présenta à la région sous-scapulaire gauche une pustule maligne avec tous ses caractères bien tranchés. Sa largeur était de 8 centimètres six jours après le début, lors de la visite du docteur Rigabert, qui trouva, au foyer de la pustule, un ixode de la tribu des acarides. Il pratiqua aussitôt une injection, un peu en dehors de l'aréole vésiculaire, avec dix gouttes de la solution suivante.

℞ Teinture d'iode.....	2	grammes.
Eau.....	100	

Renouvelées trois fois le premier jour et les deux suivants, ces injections, s'éloignant graduellement de l'aréole, furent ensuite remplacées par des badigeonnages d'iode sur la tumeur. Deux gouttes de teinture d'iode étaient en outre

administrées à l'intérieur toutes les deux heures pendant cet intervalle, et dix jours après la guérison était complète.

A défaut de la preuve expérimentale par l'inoculation, elle a été faite par le chien. Un insecte semblable à celui rencontré au foyer de la pustule fut trouvé adhérent à sa peau, peu de jours après. (*Journ. des conn. médicales*, juillet, nº 29.)

PYLORE. A l'excision de cet orifice de sortie de l'estomac, audacieusement exécutée en Allemagne contre la dégénérescence cancéreuse, vient de succéder un nouveau procédé chirurgical non moins hardi : c'est la dilatation digitale de cet orifice contre son rétrécissement simple. Inauguré par le professeur Loreta, de Bologne, ce fait a d'abord semblé douteux par son étrangeté; mais, en se renouvelant avec des succès si brillants qu'il s'est déjà étendu au cardia, il mérite ici une mention spéciale, pour ne pas passer inaperçu. Avec la rapidité des progrès actuels, il ne manquera pas de s'appliquer bientôt à d'autres orifices. Voy. Rétrécissements.

Q

QUASSINE. Alcaloïde de la *quassia amara* ou bois de Surinam et de la *simarouba*, employés depuis longtemps comme amers astringents en macération, vin ou teinture, de même que l'écorce de quinquina. L'amertume extrême de ces bois s'opposait le plus souvent à leur emploi. Nos modernes pharmacologues avaient ainsi imaginé d'en faire fabriquer de coquets gobelets, qui, toujours remplis d'eau et placés sur la table, aidaient à faire avaler sans trop de dégoût cette macération, au commencement du repas, seule ou mélangée au vin. Mais la chimie, en transformant et en simplifiant la pharmacologie, présente aujourd'hui, sous forme d'une poudre impalpable, la quintessence même de ces produits qui, à doses presque infinitésimales, met toute leur action en évidence.

Deux espèces distinctes s'en trouvent dans le commerce : amorphe et cristallisée. Celle-ci est comme l'extrait de celle-

là et est dix fois plus active; d'où le danger de les confondre. La première, tirée de la quassia amara ou bois de Surinam, est une poudre d'un jaune fauve, sans odeur, d'une amertume franche, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et moins dans l'éther. La seconde, véritable alcaloïde $C^{20}H^{26}O^{6}$, tirée de la quassia amara et de la simarouba, forme de petits cristaux blancs, prismatiques, soyeux, à éclat micacé, peu soluble dans l'eau et à peine dans l'éther, mais soluble dans l'alcool, inodore et d'une franche amertume. Toutes deux donnent un précipité jaune par l'acétate de plomb. Elles forment, dit Gubler, les deux états moléculaires d'une seule et même substance, aussi voisines l'une de l'autre que la digitaline cristallisée l'est de la digitaline amorphe. D'après le procédé de M. Adrian, un kilogramme de copeaux de quassia donne 1 gr. 25 à 1 gr. 50 de quassine. Les échantillons diffèrent essentiellement par leur pureté et leur blancheur de la quassine impure et brunâtre provenant de l'Allemagne. (*Soc. de thérap.*, 25 avril.)

La quassine amorphe s'administre en pilules de 25 milligrammes, dont une est donnée matin et soir avant le repas, en en doublant graduellement la dose sans jamais aller plus loin. Cristallisée, elle ne doit être administrée qu'à la dose de 5 à 10 milligrammes et encore est-il préférable de choisir la première.

Ses effets physiologiques, dès le troisième jour, sont, d'après le docteur Campardon, d'augmenter l'appétit et la digestion des aliments avec développement des forces et plus d'aptitude au travail. Elle ne constipe ni ne dévoie: mais en excitant la tunique musculeuse de l'intestin, elle facilite les garde-robes et les régularise en les raréfiant. Elle est ainsi indiquée contre la diarrhée habituelle.

Elle agit sur le foie en augmentant la sécrétion biliaire. De dures, sèches et noires, les garde-robes deviennent jaunes, moulées et fortement bilieuses.

Un effet diurétique, marqué par l'augmentation des urines du double au triple dans les vingt-quatre heures, en est le second résultat. Les mictions deviennent plus fréquentes et impérieuses et la contraction du col, sans être douloureuse, est évidemment le principal siège de son action. Les contractions anormales de la vessie en sont ainsi heureusement

modifiées. C'est donc un agent expulseur des corps liquides et solides.

Elle augmente aussi la salive chez la plupart des personnes et semble de même activer la sécrétion du lait, d'après l'usage fait par une jeune nourrice pour rétablir son appétit. Son lait tari revint aussitôt.

Son usage prolongé, comme l'augmentation des doses précédentes, donne rapidement lieu à des accidents toxiques, non seulement d'après les expériences chez les animaux, mais chez l'homme. Il y a brûlure de l'œsophage et de l'isthme du gosier, serrement prononcé de la gorge, céphalalgie frontale, pesanteur douloureuse de l'estomac, nausées, vertiges, troubles de la vue, agitation, miction fréquente, diarrhée, vomissements, avec des crampes des membres inférieurs. Le chloral à l'intérieur et le chloroforme à l'extérieur sont les vrais spécifiques de ces accidents.

Ce médicament convient comme tonique amer, apéritif et stomachique, contre la dyspepsie atonique, la débilité générale, la chlorose, les vomissements spasmodiques, par la régularisation des contractions pathologiques de l'estomac, de même que contre celles de l'intestin dans la dysenterie gangréneuse et la période avancée des diarrhées atoniques. Les convalescences longues et difficiles en sont rapidement améliorées, comme des exemples en sont relatés. C'est un véritable reconstituant.

La quassine est également indiquée contre les hémorrhagies passives et le catarrhe habituel de la vessie. La parésie même en a été combattue efficacement comme la surexcitabilité de cet organe; elle a servi de même à combattre les coliques hépatiques et néphrétiques en favorisant l'expulsion des calculs. Son efficacité est surtout marquée dans les cystites du col : les douleurs cessent dès le deuxième ou troisième jour. Toutes les affections générales retentissant sur cet organe, comme l'albuminurie, le diabète, en sont améliorées, en rétablissant l'appétit. (*Bull. gén. de thérap.*, novembre 1882.)

Voici une formule des pilules de quassine, d'après Vigier.

℞ Quassine amorphe.....	2 grammes.	
Excipient.....	Q.	S.

F. S. A. 100 pilules dont on prendra 2 ou 3 par jour.

La quassine amorphe, bien préparée, possède toutes les propriétés de la quassine cristallisée. Elle est en outre d'un prix très abordable.

QUEBRACHO. Astringent des plus actifs, supérieur au tannin de chêne et de châtaignier. Employé dans l'industrie du tannage des peaux, il les rend dures comme la pierre en trois mois, sans que le rasoir puisse les entamer. Ces propriétés l'ont fait essayer contre la blennorrhagie et la vaginite sans résultat.

Les différents alcaloïdes que l'on en retire, au nombre de six ayant des propriétés différentes, sont aussi en voie d'expérimentation. L'aspidospermine a été spécialement utilisée avec succès par M. Huchard contre la dyspnée. Expérimentée sur des chiens et des lapins dans le laboratoire de Brown Sequard, elle a produit chez tous les animaux une élévation de l'amplitude des mouvements respiratoires, d'après les appareils enregistreurs, et plus tard une accélération de ces mouvements, survenant cinq à dix minutes après l'injection sous-cutanée de 4 à 6 centigrammes de chlorhydrate d'aspidospermine. A la dose de 7 à 8 centigrammes en injection sous-cutanée, ce sel a produit du soulagement chez certains malades. (*Soc. de thérap.*, 25 avril.) Voy. Dyspnée.

R

RACHITISME. L'absence de cette altération déformante des os au Japon est un fait expérimental signalé par tous les médecins natifs et étrangers habitant ce pays. « Le rachitique n'existe pas au Japon, dit le docteur Rémy. Je n'en ai jamais rencontré ni parmi les enfants, ni parmi les adultes, ni dans la ville, ni dans la campagne, ni dans les hôpitaux, et les médecins natifs et étrangers que j'ai consultés à ce sujet n'en connaissent pas d'exemple. »

Cette expérience de tout un peuple n'a d'autre explication que l'allaitement prolongé des enfants. Ils sont tous et exclusivement allaités par leurs mères jusqu'à l'âge de

cinq à six ans, et courent les rues après leurs nourrices en demandant le sein dans un langage correct. Le défaut de langes ou de liens au nouveau-né et son enveloppement dans de larges robes pourraient seuls être invoqués à l'appui, car, pour tout le reste, les conditions hygiéniques du Japonais ne paraissent pas plus favorables ni meilleures que celles de l'Européen, si souvent atteint de cette maladie.

De là une confirmation presque expérimentale de la principale cause attribuée à cette maladie : le défaut d'allaitement ou l'alimentation artificielle prématurée sur laquelle M. J. Guérin a surtout insisté en en faisant la cause directe. Sans prétendre que les autres causes dépressives ne puissent ensuite exercer leur influence sur son développement, il semble impossible de ne pas voir là la cause la plus directe et immédiate.

Ainsi se trouve infirmée la nouvelle étiologie de la syphilis imaginée par M. Parrot dont la science regrette la perte récente. Si l'influence d'une nourrice syphilitique peut prédisposer à cette maladie, il est loin d'être démontré que cette infection en est la cause directe, car la syphilis des parents est encore bien plus fréquente en Europe que le rachitisme des enfants. Huit enfants, nés dans trois familles dont les pères et mères sont syphilitiques, ont été signalés par M. Horteloup sans qu'aucun soit rachitique. Ne voit-on pas dans la même famille, dit le docteur Cazin, des enfants rachitiques et d'autres qui ne le sont pas? Les fractures qui se consolident si rapidement chez les rachitiques se consolident lentement chez les syphilitiques. Une opposition apparente existe donc entre ces deux états morbides. Si le rachitisme résulte de la syphilis héréditaire, c'est indirectement, comme il résulte de la scrofule et de la misère. (*Soc. de chirurg.*)

D'ailleurs la syphilis n'est pas rare au Japon et le rachitisme n'y existe pas. Elle est de même endémique en Algérie chez les Kabyles, sans que le rachitisme s'y montre proportionnellement. Il ne faut donc pas encombrer légèrement son étiologie de cette nouvelle cause.

Origine syphilitique. Émise par le professeur Parrot au Congrès du Havre en 1878, cette doctrine est l'objet de vives et nombreuses controverses. On a vu les objections

qui lui ont été faites en Angleterre et en Allemagne (Voy. *année* 1881) et devant la réprobation presque unanime des médecins français, un seul, le docteur Gibert du Havre, prend explicitement sa défense en l'adoptant sans réserve. Convaincu par son expérience clinique de plus de 10 000 enfants malades, observés à son dispensaire spécial, que l'alimentation mauvaise, vicieuse ou insuffisante de l'enfant, pouvant amener parfois l'ostéomalacie, ne détermine jamais le rachitisme, il en a cherché la cause ailleurs. La démonstration anatomo-pathologique de crânes natiformes, comme signe de la syphilis héréditaire, faite par le savant professeur, l'a vivement impressionné et, d'après certains faits particuliers, observés sans s'en rendre compte, il s'est aussitôt mis à l'œuvre pour contrôler, par la clinique, cette assertion basée exclusivement sur l'anatomie pathologique du crâne.

Les caractères du rachitisme sont tout d'abord fixés de la manière suivante, d'après l'exemple de deux jeunes nourrissons soumis au lait abondant et excellent de deux nourrices bourguignonnes sur lieu : bosses pariétales très développées, crâne en forme de casque disproportionné avec l'âge, côtes aplaties avec le chapelet noueux caractéristique et sternum porté en avant en forme de bracelet. Extrémités gonflées et nouées aux articulations. Cette nouure des jointures, le gonflement des épiphyses et l'induration osseuse qui en est le procédé de guérison, ainsi que la courbure des os longs, ne permettent pas d'erreur de diagnostic avec l'ostéomalacie. Ce trouble de la nutrition osseuse, résultant d'un régime alimentaire insuffisant, ne peut donc être confondu avec le rachitisme qui n'en est jamais le produit.

Sur 196 cas de rachitisme et de syphilis héréditaire observés par l'auteur depuis neuf ans, il a trouvé 106 rachitiques absolument exempts d'aucun signe classique de syphilis héréditaire; 67 syphilitiques sans trace de rachitisme et 23 enfants où les symptômes de la syphilis et du rachitisme coïncidaient. Ceux-ci étant l'exception semblent donc infirmer l'étiologie syphilitique, univoque et absolue de M. Parrot. Mais ce résultat évident de la statistique est aussitôt atténué par l'auteur en disant qu'il n'a recherché les signes de la syphilis chez ces rachitiques que depuis

trois ans et n'a pas davantage rattaché au rachitisme les altérations du squelette constatées sur les enfants syphilitiques. Il ne voyait alors qu'une coïncidence fortuite dans ces altérations mixtes, comme il en cite un exemple observé le 19 mai 1876 sur l'enfant Bru, âgé de vingt-sept mois. C'était le plus jeune de cinq frères noués ou crochus. Jointures nouées avec fracture des deux clavicules portant des cals visibles à angle saillant de l'humérus gauche incurvé et du radius droit. Fémurs incurvés, alopécie absolue, pas de dents, avec ulcérations syphilitiques des narines, des lèvres, de l'anus.

Un second cas de ce genre et la communication du professeur Parrot déterminèrent enfin le savant médecin du Hâvre à rechercher la coïncidence de la syphilis avec le rachitisme. C'est pourquoi il déduit aussitôt de sa première série de 106 cas, 54 où cette recherche a été nulle sinon insuffisante. Il en reste donc seulement 52 où, malgré cette étude, aucun antécédent ni accident spécifiques n'a été signalé.

De même des 67 cas de syphilis infantile sans rachitisme apparent. Et comme une affection aussi manifeste ne peut avoir deux causes distinctes pour l'auteur, il explique cette absence de la syphilis par la différence d'âge où ces petits malades sont apportés au dispensaire. Tandis que les nouveau-nés syphilitiques y sont amenés quelques semaines après leur naissance et sont traités immédiatement, les enfants rachitiques ou noués n'y sont conduits que de deux à quatre ans en moyenne. Les premiers ont donc eu tout le temps de guérir et peuvent bien ne porter plus tard aucune trace apparente de leur syphilis congénitale dont le rachitisme est le seul effet persistant. Il est même difficile dans un grand nombre de cas de retrouver les traces de la syphilis antérieure, malgré les ulcérations dentaires et les cicatrices fessières. La plupart ne présentent alors que les déformations osseuses caractéristiques du rachitisme.

Telles sont les explications cliniques et les atténuations données par M. Gibert pour justifier son opinion absolue, à défaut de faits et d'observations concluants en nombre imposant. Il n'en offre que trois en terminant pour montrer une source d'erreur dans cinq enfants rachitiques, nés

des mêmes parents, dont le père était lui-même rachitique, tandis qu'une fille aînée, d'un autre père, était parfaitement bien portante. Si donc ce père, rachitique jusqu'à seize ans et sans aucune trace de vérole depuis, a pu donner naissance à une génération entière d'enfants crochus, comment ne pas attribuer ce rachitisme à l'hérédité manifeste, plutôt qu'à la syphilis absente et inavouée? Ce n'est donc là qu'une induction ou un système, comme ceux qui font de toutes les dents crénelées, érodées, un signe de vérole héréditaire. (*Gaz. hebdom.*, nos 19 et 21.)

Quelques faits, même très concluants, n'ont jamais pu établir solidement une doctrine aussi générale et absolue. Le docteur Cazin, bien placé à l'hôpital de Berck pour connaître l'origine du rachitisme, est d'un avis tout opposé. Il démontre cliniquement qu'aucune relation n'existe entre ces deux états morbides. (*Soc. de chir.*, février.)

La doctrine Parrot trouve ainsi de nombreux contradicteurs. Chacun a observé des rachitiques, riches comme pauvres, dont les ascendants étaient exempts de toute syphilis. Beaucoup d'enfants à syphilis congénitale ne présentent aucune trace de rachitisme. La syphilis comme la scrofule y prédisposent simplement, comme l'a dit M. Cazin. C'est une maladie de misère physiologique et assez commune par ce fait. L'érosion dentaire n'est pas plus le caractère de l'une que de l'autre.

Cette question tout entière intéresse le praticien, car le traitement doit s'ensuivre. Si dans certains cas douteux, constituant des actes d'accusation contre les ascendants, les agents spécifiques doivent être au moins essayés comme pierre de touche, les moyens généraux ne sont jamais à négliger. Si la syphilis héréditaire peut engendrer des troubles profonds de nutrition et des érosions dentaires, beaucoup d'autres maladies ont le même résultat. C'est aux praticiens, dont l'attention est attirée sur ce sujet, à bien observer les cas pour se faire une opinion. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juillet.)

REINS. Depuis que les diverses altérations de ces organes rentrent dans le domaine de la chirurgie.... étrangère, un diagnostic précis en devient plus impérieux. On pouvait bien errer et se tromper impunément à cet égard

quand l'on n'y touchait pas et qu'ils restaient en place; l'erreur ne tournait pas du moins à la confusion de l'art. Maintenant qu'on les découvre au moindre oui ou non pour les piquer, les ponctionner, en extraire les calculs et les enlever au besoin, il ne faut plus s'exposer à trouver le contraire de ce que l'on a prévu et annoncé. Une opération aussi dangereuse ne doit être pratiquée qu'à coup sûr comme à l'extérieur. Autrement, c'est discréditer l'art et la profession et s'exposer aux rigueurs de la loi en commettant une lourde faute. Exciser pour des douleurs périodiques un rein mobile chez une personne jeune et vigoureuse, sans s'assurer préalablement que l'autre existe, c'est s'exposer à commettre un meurtre, dont un exemple récent est relaté à *Néphrectomie*. Si un tel acte peut être commis impunément aux Etats-Unis, il doit servir de leçon aux chirurgiens audacieux et imprévoyants des autres pays.

Maladies des reins. Voy. MALADIES.

Rein mobile. Cette anomalie se manifestant par des accès douloureux passagers doit être combattue simplement par le repos dans la position horizontale, suivant le docteur Guiard. Le rein flottant reprend ainsi sa place et les nerfs n'étant plus tiraillés, la douleur disparaît.

Ces accès se confondent parfois avec des troubles de la menstruation résultant d'une difformité apparente ou cachée des organes génitaux y mettant obstacle. Ces anomalies coïncident souvent chez les deux sexes avec l'absence congénitale d'un rein. Sur 48 exemples de cette anomalie d'un seul rein, collectés à diverses sources par le docteur Beumer, il y avait simultanément arrêt de développement des organes génitaux dans 13 cas, dont 8 chez la femme et 5 chez l'homme. L'occlusion vaginale et l'absence d'utérus, constatées dans le cas précité, devaient donc faire penser à l'absence probable d'un rein avant de pratiquer l'excision de l'autre.

Dans le cas de douleurs continues, rebelles, avec pression insupportable des vêtements, un bandage approprié qui refoule et maintienne le rein est préférable. Une simple serviette autour de l'abdomen suffit parfois. En cas d'inefficacité, l'extirpation est-elle justifiée, comme Martin, de

Berlin, auteur de tant d'excentricités chirurgicales, l'a proclamé? Les nombreuses erreurs de diagnostic d'une part et les résultats statistiques de l'autre la contredisent formellement au contraire, tant que l'existence est compatible avec cette infirmité. (Voy. NÉPHRECTOMIE, 1882.)

Un autre mode d'intervention est préconisé par Hahn. Il va à la recherche du rein flottant par la région lombaire et en l'attirant autant que possible dans la plaie, au lieu de l'exciser, il le fixe par des sutures de son enveloppe aux bords de la plaie, espérant déterminer ainsi des adhérences. En supprimant les tiraillements par l'immobilité de l'organe, les douleurs disparaissent, comme plusieurs exemples paraissent le démontrer. On a du moins l'avantage, en conservant l'organe le plus souvent sain, de ne pas faire courir autant de risques au malade que par l'extirpation. S'il n'est pas suppléé par son congénère, il peut du moins continuer à remplir sa fonction et ne pas entraîner fatalement la mort. (*Ann. des malad. des organes génito-urinaires.*)

Diagnostic de l'ectopie rénale, thèse inaugurale par le docteur Buret, ancien interne des hôpitaux; brochure in-8° de 100 pages, Paris.

Les fréquentes erreurs de diagnostic du rein flottant, rendues manifestes par une statistique de 50 observations les montrant une fois sur deux au moins, donnent un intérêt d'actualité à cette monographie. Après toutes les applications au moins inutiles de pommades et vésicatoires, sangsues, cautères et moxas, que ces erreurs entraînent, elles peuvent conduire à ouvrir le ventre, là où un simple bandage suffirait parfois.

En dehors de la dyspepsie, la diarrhée, l'hystérie et toutes les douleurs auxquelles ce déplacement donne lieu, le tympanisme et la dépression locale sont les meilleurs signes avec la présence d'une tumeur flottante, mobile, ayant la forme et les caractères physiques du rein normal qu'il ne faut pas confondre avec l'ovaire. Des preuves de cette confusion sont données avec un simple embarras gastrique, les coliques hépatique, néphrétique ou saturnine et tout le cortège des névralgies, le lumbago, l'hystérie, la péritonite, etc. Toutes les tumeurs du ventre, cancer du foie ou de l'estomac, kystes hydatiques et de l'ovaire, sont

souvent plutôt soupçonnées que l'ectopie rénale. D'où l'indication de penser à celle-ci.

RÉSECTIONS. *Des résultats éloignés des résections des grandes articulations*, thèse d'agrégation par le docteur Baraban (de Nancy). Excellente monographie montrant bien les résultats éloignés des grandes résections articulaires. S'il y a parfois récidive dans le cas de maladies constitutionnelles, celle-ci n'est pas autant à craindre qu'autrefois, dans la tuberculose par exemple, quand le mal est localisé, et que sa durée et l'âge du malade sont des garanties contre elle. L'ankylose en est souvent la meilleure terminaison, surtout chez les jeunes gens, et si la mobilisation est nécessaire pour la prévenir, il est dangereux d'exagérer celle-ci. La conservation du périoste est la principale condition de leur succès et la difficulté de l'obtenir dans la chirurgie d'armée a été souvent la cause de l'insuccès. La résection traumatique de l'épaule est celle qui a donné les résultats les plus déplorables, tandis que ceux de la résection pathologique sont bons, comme celle du coude et même celle du poignet dont la statistique devient de plus en plus satisfaisante.

Au membre inférieur, la résection de la hanche n'a donné que des résultats incomplets et se trouve encore *sub judice*. Ils sont meilleurs au genou, surtout avec l'ankylose amenant au moins la solidité du membre à défaut de son usage complet. Mais ici encore, comme au membre supérieur, les résections pathologiques donnent des résultats infiniment supérieurs à ceux des résections traumatiques. Et pour les résections tibio-tarsiennes, les résultats sont analogues à ceux de la résection du poignet. Ce coup d'œil général, en s'appuyant sur les statistiques et certains cas particuliers, forme le meilleur résumé de cette question palpitante de la chirurgie conservatrice moderne. (*Gaz. hebd.*, n° 27.)

Résections chez les tuberculeux. Malgré l'unité anatomique établie par l'histologie moderne entre la scrofule et la tuberculose, le professeur Ollier fait une grande distinction dans le résultat des résections et des amputations exécutées chez ces malades. Autant il y a peu de dangers chez les premiers, autant ils sont grands chez les seconds, mais

encore faut-il distinguer chez ceux-ci la forme de la tuberculose, son siège et la période où l'on intervient. Il n'y a pas à confondre ici les tuberculeux avec les phtisiques, ceux-ci succombent presque infailliblement. Sur 7 autopsies de sujets morts plus ou moins longtemps après une résection ou une suppuration articulaire, 2 seulement avaient succombé à la tuberculose osseuse exclusive, sans la moindre altération pulmonaire.

5 observations de résection, faites chez des tuberculeux, datant de quinze à vingt ans et de dix au moins, sont rapportées pour montrer leur innocuité chez certains malades qui en ont été très améliorés. 3 cas de résection de l'épaule ont ainsi guéri, notamment chez une fille de quinze ans et un garçon de seize ; tandis qu'un ébéniste de cinquante-six ans a été repris, six ans après, de phtisie pulmonaire qui l'a fait succomber. Bien que la guérison des deux autres soit plus ancienne, on doit toujours craindre l'invasion des poumons, sans que l'on puisse considérer ce retour offensif comme une récidive.

Une résection du coude chez une jeune fille, atteinte antérieurement du mal de Pott, était guérie depuis sept ans lorsqu'elle disparut. Et ce n'est que dix-sept ans après une résection tibio-tarsienne, chez un garçon de vingt-trois ans, qu'une phtisie s'est déclarée en 1881.

Pour n'être que des exceptions, ces résultats sont donc encourageants pour réséquer ou amputer, dans certains cas de tuberculose torpide par sa lenteur et le défaut de réaction générale. L'hérédité est aussi à consulter. Les amputations sont préférables aux résections, dans les formes graves de la tuberculose articulaire, surtout sur les membres inférieurs. Elles mettent mieux à l'abri de l'infection secondaire ; mais dès que la cicatrisation de la plaie est définitive, l'infection tuberculeuse secondaire n'est pas plus à craindre. (*Soc. de méd. de Lyon*, 28 février, et *Lyon méd.*)

Résection de l'astragale tuberculeuse. Chez un homme de vingt-cinq ans, le docteur Robert enleva, le 15 septembre 1882, l'astragale atteinte d'ostéite tuberculeuse non suppurée. La cicatrisation fut obtenue en quatre mois et l'opéré est soumis à l'examen, marchant avec une bottine spéciale et une canne en boitant d'une façon très

prononcée. Ce fait plaide donc en faveur des résections partielles du tarse pour éviter l'amputation. (*Soc. de chir.*, avril.)

Un cas est fourni à l'appui par Lauenstein (de Hambourg). Il a soumis au 12e Congrès de la Société allemande de chirurgie une femme de cinquante-quatre ans, opérée par lui, le 20 août 1881, de l'excision au pied droit de l'apophyse antérieure du calcanéum, le cuboïde et les extrémités basilaires des quatrième et cinquième métatarsiens. Une incision externe et une dorsale avaient suffi à enlever en outre la partie inférieure du corps de l'astragale avec les fongosités du sinus du tarse, le col et la tête de l'astragale, le scaphoïde et les trois cunéiformes. Il fallut même faire l'évidement de la partie restante du calcanéum dont le tissu spongieux était malade. La cavité fut remplie avec un mélange de poudre d'iodoforme et d'acide borique. Une suture de la plaie avec drainage et lister amena une guérison sans fièvre. Sept semaines après, l'opérée quittait l'appareil silicaté, ayant une fistule au-dessous de la malléole externe, qui se ferma au dixième mois. Le pied est alors raccourci dans la partie antérieure du tarse et a un demi-centimètre de moins que le gauche avec un léger rétrécissement du bord externe et de la face plantaire. La partie antérieure est d'une solidité parfaite par reproduction osseuse ; supination légère avec liberté des mouvements du cou-de-pied. L'opérée marche dessus pendant une demi-heure. (*Revue de chir.*, octobre.)

Résection du pylore. Cette excentricité chirurgicale allemande paraît avoir tout le succès que l'on en pouvait obtenir : faire du bruit. Pour une opération paraissant ne devoir être appliquée qu'en dernier ressort et très exceptionnellement, 20 applications en ont été faites coup sur coup en Allemagne de 1880 à 1883. L'empressement à en saisir, à en trouver l'occasion fut tel que l'indication, loin de se limiter au cancer, s'est étendue aussitôt à l'ulcère simple de cet orifice. Les méthodes et les procédés ont tant varié sous la main de chaque opérateur que l'on ferait déjà un volume des minutieux détails de cette résection. C'est à qui se signalera par un changement, une modification quelconque. De là son retentissement dans toute l'Europe et jusqu'en

Amérique où les plus hardis et audacieux opérateurs ont tenu à en faire l'essai. L'Angleterre, l'Italie, le Brésil, New-York et San-Francisco ont été le théâtre de ces exploits, tandis que la France, inaugurant cette opération en 1879, se distingue jusqu'ici de la plupart des autres nations par son calme, sa réserve scientifique en ne la renouvelant pas.

Le succès est pourtant loin de répondre à ce bel enthousiasme, cet engouement opératoire. Sur 27 opérés, 23 sont morts, sinon sous le couteau du chirurgien, du moins peu d'heures après l'opération, et trois seulement ont survécu quelques jours. Des 4 autres soi-disant guéris de l'opération, l'un est mort de récidive du cancer quatre mois après, et les 3 autres n'ont dû leur survie plus prolongée qu'à la nature spéciale, colloïde ou glandulaire, du cancer, bien que son excision soit encore trop récente pour assurer qu'il ne récidivera pas. Ce succès en fin de compte se réduit donc à zéro.

Il en est autrement des 3 résections pratiquées jusqu'ici contre l'ulcère simple du pylore déterminant le rétrécissement de cet orifice qui s'oppose à l'alimentation et produit la dilatation de l'estomac. 2 opérées, dont l'une en Hollande, ont guéri, l'autre est morte le troisième jour à trente-quatre ans. D'où cette question : Est-il permis de tenter une opération aussi dangereuse pour une maladie qui guérit souvent par un simple traitement médical et hygiénique?

Tout le bruit fait sur cette nouvelle opération paraît donc avoir plus profité à la notoriété des chirurgiens assez audacieux pour l'exécuter qu'aux succès obtenus. Aux 18 cas relatés en 1881, le nombre a rapidement diminué, et l'on se borne aujourd'hui dans un sage recueillement, aussi bien à Strasbourg qu'à Paris et ailleurs, à exposer et discuter les procédés suivis, les indications et contre-indications. Une différence est pourtant manifeste des deux parts. On la condamne et on la rejette à peu près unanimement ici comme inapplicable, tandis qu'on la défend encore là-bas contre le cancer colloïde, lorsque la tumeur est mobile et exempte d'adhérence avec le pancréas. Devant la difficulté, l'impossibilité d'obtenir cette assurance, même par une incision exploratrice, comme les faits le démontrent, il ne paraît guère utile de s'arrêter à ces atermoiements. Encore quelques insuccès semblables et cette opération, injustifiable par la

généralisation du cancer dans un siège aussi profondément caché, aura vécu dans l'histoire de la chirurgie. (*Revue de chir.* et *Bull. de thérapeutique*, mars.)

L'excision du pylore a été pratiquée le 17 octobre par M. Sydney Jones à l'hôpital Saint-Thomas sur un homme de cinquante-sept ans qui, ne pouvant supporter le shock d'une telle opération, est mort six heures après.

Au contraire, la guérison en a été obtenue par Mikulicz, sur une paysanne de trente-cinq ans, souffrant depuis cinq mois de vomissements, de gastralgie, d'inappétence, avec une tumeur comme une orange, dure et assez mobile, dans la région pylorique. Elle fut opérée le 22 février 1883 par une incision transversale sur la tumeur, sans nuage phéniqué. Le pylore carcinomateux, sans adhérences, est attiré facilement et lié partiellement. Séparée du grand et petit épiploon et isolée de l'estomac sain, la partie malade, enveloppée de gaze iodoformée formant éponge, est excisée en quatre temps suivant le procédé de Billroth. 50 sutures furent appliquées et l'opération dura deux heures et demie, en excisant une portion de 8 centimètres de long, infiltrée de carcinome colloïde.

Aucun incident les deux premiers jours, des vomissements aqueux survinrent ensuite par une dilatation considérable de l'estomac descendant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Ces accidents cessèrent le sixième jour par l'écoulement des liquides retenus dans l'estomac, et la malade s'alimentait le lendemain. Un mois après, elle quittait la clinique. (*Soc. allemande de chir.*, avril.)

La *résection de l'estomac* a été pratiquée pour la première fois aux Etats-Unis, le 2 septembre, par le docteur Kohler, de Louisville. Deux cas analogues, opérés par Molitor, pour carcinome du pylore, en ont été aussi relatés au dernier Congrès des chirurgiens allemands. Une opérée fut considérée comme guérie.... de l'opération et mourut onze mois et demi après de carcinome du rectum. L'autre succomba à une péritonite septique dans la soirée du troisième jour. Malgré ces tristes résultats, l'opération a été justifiée et hautement recommandée dans les cas semblables. (*Revue de chir.*, octobre.)

Résections du poignet. Ce n'est que maintenant, dit le professeur Kœnig, que l'extirpation du carpe est devenue une opération dont on puisse comparer les succès avec les meilleures résections articulaires. Le manuel opératoire est beaucoup plus facile si, après avoir fait l'hémostase provisoire, l'incision longitudinale radio-dorsale de Langenbeck, on ouvre d'abord l'articulation radio-carpienne à l'endroit malade, l'on pénètre avec la cuillère tranchante grande et forte pour extraire avec force les os du carpe l'un après l'autre, cela réussit très facilement partout où il y a du tissu malade. Si le radius et le cubitus sont également affectés, on les débarrasse des parties malades avec cette cuillère tranchante, la gouge et la scie à guichet, on excise la synoviale malade avec la pince et les ciseaux. On frotte ensuite la cavité avec la poudre fine d'iodoforme, on l'en saupoudre légèrement, on draine, et un pansement antiseptique termine l'opération. Obligé d'enlever une grande partie des têtes des métacarpiens dans un cas, il obtint même une guérison rapide avec consolidation de la main. Le tarse et d'autres articulations peuvent être traités de même. (*Volkmann's klin. Vorträge,* novembre 1882, et *Revue de chirurgie*, mars.)

Le professeur Ollier est revenu sur cette opération délicate pour montrer surtout que la tuberculose n'en est pas une contre-indication, le raclage des fongosités de la gaine préservant à peu près sûrement des récidives.

Il la fait par le dos du poignet sur la ligne bistyloïdienne. Quelques incisions de décharge permettent de découvrir complètement les os, les tendons étant préalablement écartés. Puis, il enlève les parties malades et laisse les drains en place, de façon à pouvoir au besoin revenir sur les fongosités qui récidiveraient. Pansement de Lister.

Les résultats sont très satisfaisants, puisque l'un des malades peut porter à bras tendu jusqu'à 8 kilogrammes. Quant aux conséquences ultérieures, le malade est tout aussi bien à l'abri de l'influence générale des fongosités tuberculeuses, car l'opération supprime un foyer d'infection et tarit une source d'affaiblissement. M. Polaillon se rallie à ces conclusions, d'après le succès qu'il a obtenu lui-même. Les cas traumatiques y sont également soumis avec succès. Chez un blessé par coup de feu, la guérison a

été si complète qu'il peut porter maintenant 11 kilogrammes à bras tendu. (*Soc. de chir.*, 4 avril.)

Résection de la hanche. La régénération commençante de la tête du fémur a été constatée par Kuster (de Berlin), après une double résection au-dessous du grand trochanter, chez une fille de douze ans, pour une coxalgie. Guérie en très mauvaise position et le membre étant devenu moins utile après l'opération, alors qu'une fistule persistait, l'enfant fut soumise à une nouvelle résection de l'extrémité supérieure du fémur avec un succès complet. La portion sciée présente à la partie supérieure une oblitération osseuse de la cavité médullaire et des deux côtés, des dépôts osseux, dont l'externe, plus volumineux, ressemble comme forme au grand trochanter, tandis que l'interne, moins considérable, représente la nouvelle articulation. La présentation de cette pièce anatomique, au Congrès des chirurgiens allemands, a été suivie de celle d'un garçon de huit ans, marchant presque normalement avec une articulation coxo-fémorale après une résection sous-périostée faite par Israël en 1878, par l'incision longitudinale de Langenbeck, pour une carie de la hanche. Il y a eu reproduction de la tête et du col du grand trochanter et le fémur a contracté de nouveau une sorte d'union articulaire avec le bord supérieur de la cavité cotyloïde. (*Revue de chir.*, octobre.)

Résection du genou. 7 exemples, dont 5 pour ostéo-arthrite chronique suppurée et 2 pour ankylose osseuse, opérés et relatés par le professeur Ollier du 5 décembre 1881 au 9 décembre 1882, ont donné une seule mort, c'est-à-dire une proportion réduite à 14 0/0. Avant l'association du pansement de Lister au chloroforme, elle était de 75 à 80 dans les cas analogues ; tandis que l'amputation ne donnait qu'une mortalité de 40. Celle-ci ne paraît plus aussi souvent indiquée et les résultats de la résection s'améliorant tous les jours par des procédés perfectionnés pour les cas pathologiques, la plupart des membres malades pourront être ainsi conservés.

Il n'en est pas de même pour les lésions traumatiques dans la chirurgie d'armée. La résection est à peine appli-

cable par les soins minutieux qu'elle exige et ne donne que des résultats déplorables. L'ankylose osseuse est le procédé de guérison à rechercher de préférence, en enlevant tout d'abord la rotule pour faciliter la résection. On conserve seulement son revêtement périostique antérieur et l'on rétablit par la suture la continuité du ligament rotulien divisé par l'incision transversale. L'incision longitudinale est préférable dans les fractures comminutives.

Un nouveau procédé : une simple incision longitudinale médiane divisant la rotule en deux, est indiqué par l'auteur pour les fractures des condyles du fémur par arme à feu. En découvrant mieux que les autres l'intérieur de l'articulation, il permet de faire sur les extrémités osseuses tout ce qu'exigent les désordres variés par les projectiles : une simple esquillotomie ou une résection véritable. Ce procédé, sans avoir encore été appliqué sur le vivant, paraît le plus simple, facile et rapide à employer dans la chirurgie d'armée et à en modifier heureusement les résultats, quand les lésions ne sont pas trop étendues.

Quant aux résections pour ankylose, la guérison obtenue dans les deux cas précités, chez des hommes encore jeunes, permet d'espérer des résultats aussi satisfaisants que pour les autres résections pathologiques. L'ostéoclasie sus-condylienne en est la méthode d'élection, dans les cas d'origine traumatique ou rhumatismale. L'ostéotomie sus-condylienne est préférable, lorsque les vaisseaux et nerfs poplités peuvent être englobés dans le tissu cicatriciel et qu'il y a lieu de craindre leur déchirure. (*Rev. de chir.*, avril et mai.)

Danger des embolies graisseuses. Une fille de douze ans, atteinte d'arthrite fongueuse avec flexion considérable par contracture musculaire persistante, fut opérée par P. Vogt. L'ouverture de l'articulation du genou montra les surfaces articulaires si saines que les cartilages auraient pu en être conservés. La dégénérescence graisseuse des os était si grande que le couteau suffit à leur ablation. Une faible portion d'os fut enlevée pour respecter le cartilage épiphysaire et l'on dut comprimer les deux surfaces de section l'une contre l'autre pour mettre le membre en extension. L'opérée succomba en vingt-quatre heures, dans une somnolence persistante.

Cette mort rapide avec faiblesse remarquable et pouls à peine sensible est attribuée à l'embolie graisseuse extrêmement étendue des poumons trouvée à l'autopsie. Lücke seul l'avait déjà constatée après une résection de la hanche. Le fait d'avoir comprimé les surfaces osseuses sectionnées en est regardé comme une cause déterminante dans ce cas particulier; la graisse mise en liberté n'ayant pu s'écouler, et la richesse vasculaire de l'épiphyse en ayant encore favorisé l'absorption. L'accumulation de la graisse dans le poumon a dû résulter aussi de l'atonie cardiaque. L'abaissement de température en est un signe pathognomonique. La résection, en pareil cas, doit donc être assez étendue pour éviter la pression des surfaces osseuses entre elles. (*Centralbl. fur chir.*, n° 24.)

Résection tibio-tarsienne. Elle comporte toutes les difficultés et les dangers de celle du poignet avec des résultats bien plus incertains, en raison même de l'usage du pied qui doit soutenir le poids du corps entier. Dans les cas pathologiques, comme les arthrites fongueuses, le succès dépend, de l'avis général des chirurgiens actuels, de l'enlèvement de toutes les masses fongueuses, en y comprenant même la capsule. Enlever tout le mal et rien que le mal est la principale condition des succès, en conservant intactes les parties saines des os et surtout de la malléole externe qui est la meilleure sauvegarde contre une articulation ballante ou une déviation secondaire du pied. Si grâce à la conservation du périoste, des extrémités osseuses enlevées peuvent se reproduire en totalité ou en partie, on ne peut y compter absolument. Une disparition secondaire de la reproduction intégrale des malléoles chez des enfants se produit d'ailleurs par la pression du pied, comme Vogt l'a constaté. Le plus sûr est donc de garder la malléole externe pour la solidité ultérieure de l'articulation, comme l'ont établi les chirurgiens français.

Un beau succès en a été obtenu à l'hôpital Saint-Léon sur un garçon de quatre ans, entré le 1er octobre 1882 avec une arthrite suppurée du pied gauche remontant à un an environ. En proie à la fièvre hectique, pâle, amaigri, ne mangeant plus, cet enfant était envoyé pour être amputé. L'empâtement était limité à l'interligne articulaire, avec

sensation très nette de fongosités ; fistule au-dessus de la malléole interne conduisant sur le tibia carié ; rénitence de la malléole externe indiquant la dégénérescence fongueuse de la synoviale. Pression et mouvements très douloureux sans sortie d'aucun liquide.

Le 21 octobre 1882, M. Weiss, ayant appliqué la bande d'Esmarch, pratiqua une incision longitudinale de 5 centimètres, traversant la fistule et tombant sur l'épiphyse malade. Réduite à une coque osseuse, elle renfermait des fongosités et des parcelles nécrosées avec perforation du cartilage la faisant communiquer avec l'articulation. Cartilage de conjugaison entièrement disparu, la carie s'étendant à 3 centimètres de l'interligne articulaire. Une section transversale du tibia fut opérée avec le ciseau et le maillet, et l'épiphyse isolée et détachée. La résection du péroné fut pratiquée ensuite de la même manière par une incision parallèle de la partie externe. L'articulation fut ensuite nettoyée soigneusement de toutes ses fongosités avec la cuillère tranchante, et badigeonnage consécutif des tissus avec une solution de chlorure de zinc au dizième. L'érosion du cartilage de l'astragale nécessita même l'excision de la surface supérieure de cet os, et la cavité fut tamponnée avec une grosse éponge avant d'enlever la bande hémostatique. Absence d'hémorrhagie et, sans réunion ni drainage, le membre fut placé dans l'appareil ouaté.

Aucune complication ne s'ensuivit ; la température ne dépassa pas 38°, et peu de jours après, l'enfant put être transporté au jardin. Le renouvellement du pansement le 8 novembre constata l'absence de toute inflammation et la plaie était cicatrisée au pansement suivant, le 24 novembre. Le résultat était des plus favorables à la fin de l'année, et l'articulation, mobile au mois de février 1883, ne laissait à désirer qu'une certaine mobilité latérale. Une immobilité prolongée et des appareils inamovibles firent prendre une solidité suffisante à la jointure pour permettre la marche au mois de mars. Le chirurgien put ainsi faire constater sa parfaite solidité à la clinique le 1er juillet ; la malléole externe s'étant reproduite assez complètement pour servir de tuteur à la nouvelle articulation. Un appareil orthopédique muni de tiges latérales permettant de courir, de sauter, sans boiter, est destiné à prévenir tout accident ultérieur.

Ce fait montre que le procédé de Langenbeck peut encore suffire dans les cas les plus graves, de préférence à ceux qui ont été imaginés récemment par Hueter, Busch, Hahn et Riedel, que l'auteur passe en revue en en donnant le manuel opératoire et un jugement sommaire peu favorable. Celui de Vogt est le seul qui obtienne grâce dans quelques cas exceptionnels. D'où le peu d'importance d'en tenir compte. (*Revue méd. de l'Est*, n° 21, et *Revue de chir.*, octobre, page 829.)

RÉSORCINE. Nouvel antipyrétique qui par son bon marché est destiné à faire concurrence au sulfate de quinine. Voy. FIÈVRES.

Extérieurement, elle a été appliquée contre l'anthrax et l'érysipèle. Le pus d'un anthrax ayant été inoculé à un cochon d'Inde le fit mourir de septicémie. Un onguent composé de vaseline et de résorcine à 50 0/0 fut dès lors employé par le docteur Audeer sur la surface de l'avant-bras malade. Bientôt, la douleur et le gonflement disparurent, sans qu'aucune irritation ni éruption ne se manifesta sur la peau. Ce topique serait donc préférable à beaucoup d'autres comme l'acide phénique. (Voy. *année* 1881.)

C'est en injections sous-cutanées d'une solution à 5 0 0 de résorcine que le docteur Skibnevski l'employa dans deux cas d'érysipèle, en pratiquant 10 à 20 injections en une séance dans le tissu affecté. Deux heures après, la fièvre avait disparu et la température était normale.

Tandis que, sur la peau saine et intacte, cet agent n'est absorbé sous aucune forme, il exerce une action manifeste dans son état morbide en la flétrissant et en décolorant les urines. Son emploi a donné des résultats remarquables contre les maladies parasitaires de la peau. (*Deutsch med. Zeitung*, n° 11.)

RÉTRÉCISSEMENTS. Leur gravité était mesurée jusqu'ici à leur degré de profondeur en les rendant inabordables à la main et aux instruments. Il n'en sera plus de même, à l'avenir, des plus dangereux pour la vie, si l'on en juge par les essais qui viennent d'être heureusement tentés sur l'homme contre les sténoses des orifices de l'estomac.

Rétrécissement du pylore. *Dilatation digitale.* Dans un mémoire lu à l'Académie des sciences de Bologne, *intorno alla divulsione digitale del piloro*, le 11 février dernier, le professeur Loreta rendait compte d'un fait nouveau et curieux dont voici le résumé :

Un homme de quarante-sept ans souffrait depuis vingt environ de digestions imparfaites avec distension de l'estomac, sensation de pesanteur et vomissements fréquents. Admis à la clinique médicale de Bologne en 1878, il fut traité pour un ulcère gastrique et en sortit amélioré pour quelque temps. Mais des éructations et un sentiment de brulûre à la gorge avec vomissements d'aliments non digérés mêlés de sang augmentèrent l'émaciation et l'anémie. Cet homme ne vivait plus que d'un peu de lait et la percussion de la cinquième côte à l'ombilic indiquait la dilatation de l'estomac. L'examen microscopique du liquide aspiré de l'estomac n'indiquait aucune lésion organique et à la palpation de l'estomac vide, on percevait une tumeur mal délimitée, molle et élastique, de la région pylorique.

Le malade dépérissant rapidement, l'opération suivante fut pratiquée le 14 septembre 1882. Après avoir lavé l'estomac avec une solution alcaline, une incision de la paroi abdominale, partant un peu à droite de la ligne blanche, s'étendit à six pouces à gauche et en bas jusqu'à un pouce et quart du cartilage de la neuvième côte, en divisant les muscles compris dans cet intervalle. Avant d'ouvrir le péritoine, l'écoulement du sang fut arrêté complètement par des ligatures. Des adhérences étendues de l'épiploon furent divisées lentement et avec soin de la paroi abdominale et de l'estomac et ce viscère, attiré dans la plaie, permit de sentir un pylore très volumineux et d'une dureté fibreuse. Entre les deux courbures de l'estomac et à un pouce et quart du pylore, un coup de ciseau fit une ouverture dans un pli transverse préalablement saisi et étendu à deux pouces et demi. Les pinces en T, appliquées sur les lèvres, arrêtèrent immédiatement le sang, et l'index droit introduit dans l'estomac trouva le pylore complètement obstrué. Le doigt manqua de passer dans le duodénum, malgré une pression considérable et des mouvements combinés de rotation et de latéralité. Il fut nécessaire d'introduire l'index gauche pour fixer le pylore. Une

pression forte et renouvelée permit alors l'introduction de la première phalange dans le pylore étroit et contracté, dont l'anneau fut amené ainsi dans la plaie externe. La dilatation en fut même essayée le plus longtemps possible par l'introduction de l'index gauche, sans pouvoir y parvenir. Il fallut borner ses efforts à l'index droit qui donna une dilatation de trois pouces ou huit centimètres.

La plaie de l'estomac fut ensuite suturée avec la soie phéniquée, l'organe replacé dans la cavité abdominale et la plaie externe fermée avec sept sutures en fils d'argent. L'opération avait duré trente-trois minutes et en reprenant connaissance l'opéré se plaignit de soif et de brulûre de la plaie. De petits morceaux de glace, donnés de temps à autre, tarirent la soif et dans l'après-midi l'opéré se plaignant de faiblesse et de faim prit le jaune d'un œuf battu avec du vin de Marsala par cuillerées à café chaque demi-heure. Cette diète fut continuée jusqu'au troisième jour.

La température ne s'éleva pas au-dessus de 18° F. avec 72 pulsations et 26 respirations. Une selle eut lieu le troisième jour après un lavement. Du consommé avec des pâtes fut accordé le quatrième jour, du veau le cinquième avec du pain ajouté le sixième. Une selle spontanée ayant eu lieu, un premier pansement fut fait le huitième jour avec enlèvement des sutures. La plaie était fermée par première intention et le treizième jour l'opéré pouvait manger du café au lait et du pain, du rôti, des œufs et boire du vin. Il se leva le seizième jour, en gagnant rapidement des forces, et le poids du corps, de 122 livres deux jours avant l'opération, en avait gagné 33 en six semaines. Il continua de jouir d'une parfaite santé jusqu'à sa présentation à l'Académie de Bologne le cinquième mois.

Une opération semblable fut pratiquée un peu plus tard par le même chirurgien, sans rencontrer la difficulté éprouvée dans le premier pour la dilatation du pylore. Mais l'opéré succomba en trente-six heures de causes entièrement indépendantes de l'opération. L'autopsie montra l'incision de l'estomac parfaitement close, avec des gaz et des liquides clairs à l'intérieur et le pylore bien dilaté.

Le troisième exemple concerne une femme souffrant depuis quatre ans d'un rétrécissement de l'orifice cardiaque. Des vomissements continus, une douleur incessante et

une extrême émaciation en étaient les symptômes. Elle fut opérée le 9 juillet 1883 par une incision presque horizontale de la paroi abdominale, immédiatement au-dessous du cartilage ensiforme. L'estomac fut librement ouvert au-dessus de la petite courbure et l'opérateur, ne pouvant arriver à la dilatation du cardia avec ses doigts, employa un dilatateur métallique pour agrandir cet orifice serré. L'estomac et la paroi abdominale furent ensuite suturés comme précédemment. La plaie se cicatrisa par première intention, sans le moindre trouble fébrile. Les vomissements cessèrent et l'alimentation permit à cette femme de réparer ses forces encore plus vite qu'elle ne les avait perdues. Elle augmenta de 14 livres en poids dans les six premières semaines.

La quatrième opération eut lieu le 15 juillet sur un homme de Castrocero, âgé de trente-quatre ans, souffrant depuis trois ans d'une affection de l'estomac avec vomissements qui l'avaient réduit à une émaciation squelettique. De nombreuses et fortes adhérences existaient entre l'estomac et le foie, l'intestin et l'épiploon, et leur division exigea de nombreuses ligatures. Le diagnostic de sténose pylorique suite d'inflammation fut confirmé par la dilatation digitale, rendue complète en une demi-heure. Le pansement, renouvelé le dixième jour, montra une cicatrisation par première intention, sans le plus léger trouble constitutionnel. Les nausées et les vomissements cessèrent aussitôt, la nutrition reprit, et l'opéré quitta l'hôpital à la fin du mois complètement guéri.

Ce fait, relaté par le docteur Albertini dans la *Gazzetta degli ospitali* du 18 août, est suivi d'un autre signalé par le docteur Pedrazzoli, assistant de la clinique, à la *Lancet* du 4 août comme le cinquième et le dernier à cette date. D'après l'état de l'opéré, il justifiait l'espoir d'un résultat aussi favorable que les précédents. Ce serait donc 4 succès sur 1 mort, et, pour une opération si grave et laborieuse, ces résultats sont des plus surprenants et encourageants. Mais la laconicité de ces faits, le premier excepté, le défaut de détails pour les autres et leur nouveauté cachent peut-être quelque déception.

Le fait positif est que cette nouvelle opération de Loreta est bien réelle et si 4 ou 5 cas en ont déjà été exécutés,

c'est la preuve que ces rétrécissements des orifices de l'estomac sont plus fréquents que l'on ne croyait. Il semblerait donc que moyennant cette découverte pour les guérir, il faudrait en tenir plus de compte à l'avenir. L'auteur donne la préférence à la dilatation digitale sur celle des instruments, comme n'exposant pas autant à la rupture ou la déchirure des parties. Le doigt en apprécie mieux, en effet, l'état et la résistance. La suture adoptée pour la plaie de l'estomac est celle de Gély faite avec une simple aiguille. Elle est rapide et parfaitement sûre. (*Lancet*, juin, août et septembre.)

Rétrécissements de l'œsophage. La difficulté de leur diagnostic, lorsqu'ils sont simplement spasmodiques surtout, permet de se demander comment peut se faire sûrement celui des rétrécissements pyloriques et cardiaques. Cette difficulté s'est rencontrée à la clinique du professeur Potain, chez un homme très nerveux de cinquante ans, avalant difficilement même les liquides; toute déglutition amenant des accès de suffocation. Le cathétérisme resta d'abord infructueux et l'obstacle ne fut franchi qu'avec une sonde à olive d'un volume moyen. La résistance était située au-dessous du larynx sur une assez longue étendue; d'où le diagnostic de contractions spasmodiques. Le passage de la sonde effectué permit de déglutir assez facilement les liquides. Il suffit d'augmenter graduellement le volume de la sonde, pour diminuer le spasme. Vingt jours après son entrée, le malade était complètement guéri sans autre traitement.

Si, par la nature de ses occupations, cet homme est exposé à des refroidissements, on ne découvre chez lui aucune influence rhumatismale. Il n'a rien du côté de l'estomac ni du pharynx, absence d'helminthes. Aucune lésion ne pouvant provoquer l'action réflexe pour déterminer ce spasme, il faut l'attribuer simplement à sa nature très nerveuse. Trois ans auparavant, le même accident s'était produit sans aucune cause appréciable. (*Revue médicale*, mai.)

Origine primitive. En l'absence de toute cause symptomatique, comme le cancer ou la syphilis, M. Debove donne ce nom à un rétrécissement produit par des ulcérations sim-

ples de l'œsophage, chez un homme de cinquante-quatre ans, entré à Bicêtre le 18 novembre 1882. Plusieurs accès de delirium tremens accusaient des habitudes invétérées d'alcoolisme et, à la fin de décembre 1870, il commença à éprouver, derrière le sternum, au niveau de l'appendice xyphoïde, de vives douleurs au passage des aliments dans l'œsophage. Trois hématémèses en mars 1871, arrêtées par des cautérisations. Des vomissements fréquents de sang altéré, comme du marc de café, eurent lieu ensuite et les douleurs au passage des aliments ont nécessité à plusieurs intervalles la cautérisation dans divers hôpitaux ; ce qui a fait toujours disparaître les vomissements de sang comme la première fois.

A l'examen, deux rétrécissements sont constatés : l'un au niveau du cardia, l'autre plus étroit, n'admettant qu'une olive de 8 millimètres, vers la fourchette sternale. Une affection cancéreuse était donc à éliminer par l'ancienneté même du mal et la syphilis étant absente, comme toute cause locale, on diagnostiqua un ulcère simple produit par l'alcoolisme. De là la dilatation employée avec un dilatateur sur conducteur construit exprès par M. Collin.

C'est une tige de baleine très longue, pénétrant jusque dans l'estomac. Maintenue en place, cette tige reçoit une série d'olives graduées que l'on pousse avec un tube flexible de métal. Il est facile de retirer les olives avec le conducteur en baleine terminé par un renflement arrondi. Ce procédé permet de dilater en toute sécurité et met à l'abri des fausses routes.

Ce traitement commencé le 12 novembre avec le numéro 14 se terminait par le numéro 20. A partir du 5 décembre, le malade fut appris à s'introduire lui-même tous les jours, en l'avalant, le gros modèle de la sonde molle en caoutchouc, employée pour l'alimentation artificielle. On peut, en pareil cas, dispenser ces malades de se soumettre à la sonde par des mains inhabiles, toujours susceptibles de faire fausse route. En apprenant à un malade atteint de rétrécissement causé par la potasse caustique à avaler, deux fois par semaine, une sonde analogue au tube mou de Faucher, mais un peu plus rigide, M. Blachez obtint de même la guérison. Le malade de M. Debove, qui se nourrissait exclusivement de lait et de potages à l'entrée, man-

geait comme tout le monde à sa sortie. La dilatation s'est maintenue et la déglutition est normale et facile. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.)

Rétrécissement infranchissable de l'urèthre. *Taille hypogastrique combinée avec l'uréthrotomie externe.* Dans l'impossibilité de trouver le bout postérieur de l'urèthre par l'uréthrotomie externe, Sédillot avait nettement posé l'indication de pratiquer la taille hypogastrique comme on fait la ponction de la vessie à cet effet. C'est par suite de la fistule en résultant que des chirurgiens ont introduit la sonde métallique par cette voie artificielle pour pratiquer le cathétérisme rétrograde, afin de rétablir la perméabilité du canal de l'urèthre. Mais, à défaut de cette ponction et alors que des fistules vésico-périnéales suffisent à l'écoulement de l'urine, faut-il laisser l'uréthrotomie externe inachevée et le malade avec son infirmité? Le professeur Duplay ne l'a pas cru, comme ce malheur lui était arrivé deux fois. Grâce aux modifications nouvelles de la taille hypogastrique, il n'a pas craint d'y recourir chez un cordonnier de trente-huit ans, sans qu'une seule goutte d'urine passât par le méat. Le périnée fut de nouveau largement ouvert le 9 novembre 1882, six mois après la première uréthrotomie, et cette tentative restant aussi vaine, une incision transversale de 5 centimètres est pratiquée avec le thermo-cautère. La vessie mise à découvert, une ponction est faite, suffisante à l'introduction d'une sonde d'argent ordinaire, dont le bec est immédiatement placé dans le col vésical.

Le reste de l'opération fut des plus simples. L'urèthre postérieur fut ouvert dans la plaie sur le bec saillant du cathéter, et une sonde en gomme, placée dans l'urèthre antérieur, est attachée au premier par un fort fil ciré passé dans les yeux de celui-ci. En retirant le cathéter de la vessie, la sonde en gomme y fut ainsi introduite, le fil servant à la fixer à l'extérieur. Aucune complication grave ne s'ensuivit. La sonde fut changée de huit en huit jours pendant six semaines et la plaie du périnée étant cicatrisée alors, la communication par la vessie fut supprimée. La sonde, maintenue à demeure dans le canal et enlevée seulement pour éviter le spasme douloureux de la vessie, permit l'oblitération graduelle de la fistule périnéale; trois mois

après, cet homme était complètement guéri. C'est donc là une première application de la taille sus-pubienne en vue du cathétérisme rétrograde, indiquée nettement par Sédillot. (*Archiv. de méd.*, juillet.)

Pression liquide. Elle est employée dans le service du professeur Guyon comme un moyen préalable de passer une bougie. Une sonde aussi grosse que possible, introduite à frottement jusque sur le rétrécissement, est surmontée d'un tube en caoutchouc superposé d'un entonnoir à son extrémité supérieure, de manière à former une hauteur de 1 m. 20 au-dessus du lit où le malade est couché. L'appareil ainsi disposé, on le remplit d'eau tiède de 30 à 45 degrés et le malade tenant la verge modérément serrée au-dessous du gland pour éviter le reflux du liquide, on laisse le tout en place pendant trois quarts d'heure à une heure. Par cette pression du liquide, et la petite quantité qui pénètre à travers le rétrécissement dans la vessie, il suffit de retirer la sonde, en pressant le méat, pour que l'eau reste dans le canal, et, en introduisant aussitôt une bougie tortillée ou collodionnée, elle passe d'emblée. Une sonde rectiligne entre même parfois et il s'agit de fixer l'une ou l'autre à demeure pour que la vessie se vide plus facilement, et que la dilatation progressive ou l'uréthrotomie interne puissent être pratiquées. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, mars.) Voy. Abcès urineux, Prostate.

Rétrécissements du bassin. (Voy. Accouchements.)

RHUMATISME. *Action du froid humide.* Elle est démontrée par un relevé des entrées à *London hospital* pendant neuf années consécutives, de 1873 à 1881 inclus, fait par le docteur Galbrett, chargé de la statistique médicale de cet établissement. Sur un nombre total de 1020 entrées pour rhumatisme articulaire aigu, dont 738 primitifs, il y en eut 248 en novembre, dont 101 nouveaux, alors que les mois d'octobre et novembre ont été par excellence froids et humides. Le dernier trimestre de l'année compte à lui seul 664 entrées, dont 268 cas d'une première attaque, tandis que le précédent n'en comptait que 504, dont 152 primitifs seulement. L'influence du froid humide est ainsi démontrée statistiquement. (*Lancet*, 20 et 27 octobre.)

Nodosités rhumatismales. Un nouveau cas en est communiqué par M. Troisier. (Voy. *année* 1881.) Chez un jeune homme convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu, se produisirent brusquement, au milieu du poignet d'abord, puis au niveau des régions pariétale et occipitale, de petites tuméfactions en forme de nodosités, indolores, mais sensibles à la pression, qui bientôt se multiplièrent au point qu'on put en compter une trentaine sur le crâne. Elles disparurent au bout de quinze jours environ. Ces nodosités siègent sous la peau, nullement altérée dans son aspect, et sont en rapport avec des tissus fibreux comme les tendons, le périoste et les aponévroses; leur dureté se rapproche de celle du cartilage.

Ces divers caractères les font différer d'une lésion observée par M. Féréol sous le nom de nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques. Celles-ci siègent en effet dans la région la plus profonde de la peau, ne sont pas douloureuses et sont bien en réalité éphémères, car elles ne durent pas plus d'une journée.

Un cas analogue en a été observé par le docteur Fritz (de l'Isle Adam), chez une femme de vingt-huit ans, rhumatisante, qui offrit une tuméfaction subite de la lèvre inférieure. Disparue le lendemain, elle se montrait au front, puis sur l'épaule droite et, pendant un mois, chaque jour fut ainsi marqué par une nouvelle tuméfaction locale, variant du volume d'une noisette à celui d'une noix, formant une plaque épaisse, peu mobile, indolore, sans changement de couleur à la peau et conservant l'empreinte du doigt.

D'après l'auteur, il s'agirait là d'une urticaire tubéreuse, comme l'indique le siège particulier et caractéristique de ces plaques. Le docteur Rathery l'a observée souvent sur lui-même à la suite de l'ingestion du salicylate de soude. Ces poussées d'urticaire ne se montrent jamais qu'après l'ingestion de ce médicament et la suivent à quelques heures de distance. (*Soc. méd. des hôp.*, novembre.)

Une nouvelle observation est donc à faire à cet égard, chez les malades soumis à la médication salicylée. (Voy. EXANTHÈMES THÉRAPEUTIQUES, 1882.)

Il y a lieu de distinguer les nodosités rhumatismales d'après leur durée, suivant M. Fernand Widal, d'après un

cas observé en juillet 1883 à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, chez un soldat de 23 ans. Quatre existaient au niveau du coude droit, sur la face postérieure de l'olécrâne et sur le coude gauche, égrenées comme des grains de chapelet, et la quatrième sur la rotule gauche. Pendant plus de trois mois de séjour à l'hôpital, ces nodosités n'ont pas varié et existaient à son départ, en vertu d'un congé de réforme pour endocardite. Bourcy a d'ailleurs relaté en 1881 un cas où ces grosseurs, apparues le 1er octobre dans la convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu, étaient encore aussi volumineuses le 15 décembre suivant. (*Bull. de la Soc. clinique*, 1881). La qualification d'éphémères, à celles qui se manifestent dans l'arthritisme chronique, n'est donc pas applicable à celles-ci se montrant spécialement à la suite du rhumatisme aigu. Analogues par leur siège et leurs caractères physiques, elles diffèrent par leur persistance à longue durée. Cette persistance possible doit être connue, afin de ne pas les rattacher à une syphilis ou une goutte imaginaire, en méconnaissant leur origine rhumatismale. (*Gaz. hebd.*, n° 50.)

Dyspnée salicylique. (Voy. ce mot.)

Luxations spontanées consécutives. (Voy. ce mot.)

Rhumatisme cérébro-spinal. *Effet du surmenage.* Cette cause a été très évidente chez un homme de vingt-sept ans, robuste, actif et intelligent qui, après avoir eu à travailler plus qu'à l'ordinaire pendant une semaine, fut obligé de faire une marche de huit heures consécutives. Un violent mal de tête avec courbature en résulta immédiatement, et un rhumatisme cérébral s'ensuivit. Observé par le docteur Goix et confirmé par deux consultants des hôpitaux, ce rhumatisme, mortel d'ordinaire, traité par les bains froids, s'améliora rapidement, mais une rachialgie y succéda au point d'amener une paraplégie passagère. (*Archiv. de méd.*, avril.)

Ce danger du surmenage, déjà signalé dans un cas semblable par M. Féréol, chez un jeune ouvrier imprimeur également guéri par les bains froids (Voy. *année* 1875), est aussi mentionné par M. Besnier dans le *Dictionnaire encyclopédique*. L'effet en est d'autant plus remarquable que le

rhumatisme revêt alors un caractère grave et insidieux. Il y a donc lieu de tenir compte de cette cause spéciale dans l'observation des phénomènes nerveux.

Pseudo-rhumatisme. Toutes les maladies infectieuses peuvent présenter, parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires absolument distinctes du vrai rhumatisme et relevant de l'infection générale de l'économie. En voici un exemple type.

Un individu surmené, n'ayant jamais eu d'attaques rhumatismales, éprouve un grand malaise avec abattement considérable, fièvre vive, état saburral très prononcé, épistaxis répétées. Il y a comme accidents locaux, des arthropathies multiples d'intensité variable. La suppuration envahit bientôt les jointures et les tissus périarticulaires; les phénomènes généraux s'accusent en prenant le caractère typhoïde ou adynamique. Langue sèche, fuliginosités, ballonnement du ventre, alternatives de délire et de subcoma. Mais les urines, chose essentielle, se coagulent par l'acide nitrique, signe d'albuminurie, avec absence de leur coloration rouge foncé et sédiments uratiques, caractéristiques du véritable rhumatisme.

La mort, survenue dans le collapsus, permet de constater à l'autopsie toutes les lésions des maladies infectieuses : sang poisseux, dégénérescence graisseuse du foie et des reins, diffluence de la rate, hémorrhagies sous-cutanées et sous-viscérales. Si des épanchements existent dans les cavités séreuses, au lieu d'être séro-fibrineux comme dans le rhumatisme, ils sont nettement purulents.

Telle est la signature du processus infectieux, même sans la présence, souvent constatée, d'organismes inférieurs dans le pus articulaire et les urines. Un autre caractère de ce pseudo-rhumatisme est, d'après M. Bouchard, de respecter le cœur et de frapper les reins. L'albuminurie, dans une affection rhumatismale en apparence, doit toujours éveiller des doutes. Elle n'existe exceptionnellement que par embolie rénale. (*Gaz. heb.*, n° 34.)

Des déterminations articulaires des maladies infectieuses, pseudo-rhumatisme infectieux, thèse inaugurale par le docteur Bourcy, Paris.

S

SANG. Sa composition, admise comme définitive, est de nouveau remise en question par suite des examens nombreux et variés, différents même, qui sont faits de ce liquide. En en soumettant les éléments figurés, si déliés et instables, à des réactifs, des épreuves et des pressions multiples, on doit en modifier profondément la forme et la couleur autant que le volume. De là les contradictions s'élevant sur leur nombre et leurs qualités.

Aux hématoblastes de M. Hayem, découverts en 1877, dont le volume ténu en fait de très petits corpuscules, variant suivant la température à laquelle ils sont examinés, et confondus jusque-là sous le nom de granulations, se sont joints depuis le corpuscule invisible de Norris et les disques ou plaquettes de Bizzozero. Il suffira de rappeler les principaux caractères des premiers pour montrer que les autres, par leur ressemblance, n'en sont que la répétition.

Hématoblastes. Ils émettent des pointes, adhèrent au couvre-objet ou aux globules rouges voisins, restent isolés sous forme de groupes et de réseaux pour disparaître ensuite. On commence à les voir comme des corps très délicats, groupés de 2 à 5, à limites très nettes et ayant une forme discoïde et biconcave, quelquefois allongés en bâtonnets ou grains de riz. Parfaitement homogènes, ils ont un aspect lisse et colloïde, avec une teinte verdâtre ou jaunâtre comme légèrement colorée par l'hémoglobine. Examinés à de plus forts grossissements, ils sont anguleux et présentent une enveloppe finement granuleuse et un noyau très réfringent comme la cellule. Un exsudat spécial très visqueux et en petites masses est leur premier degré d'altération. Réunis, ils forment de petits grains anguleux, de petites étoiles ou des guirlandes dont chaque grain est reconnaissable. Leur attraction réciproque et leur matière visqueuse en font une masse unique, d'où partent des filaments fibrineux constituant un réseau.

Telles sont les formes les plus jeunes ou les germes des

globules rouges, selon l'auteur français, qui n'a pas recherché leur formation ni leur origine. C'est là précisément ce qui constitue la découverte du physiologiste anglais, M. Richard Norris. Il les fait naître des corpuscules de la lymphe et les distingue en primitifs et avancés. La différence de ces deux globules et leur instabilité seraient l'ébauche de la transformation des globules du sang qu'ils contribueraient à produire. Ils sont donc l'analogue des leucocytes formés dans ces glandes lymphatiques.

Corpuscule de Norris. C'est le troisième corpuscule invisible du sang dont la présence a été en effet constatée par différents auteurs. Il se montre sous forme de disque biconcave, parfaitement incolore, ayant la même réfraction que le plasma sanguin, la même apparence et les mêmes dimensions que les globules rouges. Il est seulement plus léger qu'eux, se diffuse rapidement et se détruit en laissant de la fibrine granuleuse ou fibrillaire. Il est de 1 sur 60 globules rouges environ. Son noyau, devenu libre, se développerait et se transformerait dans le sang lui-même en globules rouges, en se chargeant d'hémoglobine. L'origine de ceux-ci serait donc dans le noyau du corpuscule primitif de la lymphe devenu corpuscule avancé, pénétrant dans la circulation sous forme invisible et constituant ainsi le corpuscule incolore ou troisième globule du sang, ne devenant apparent que par son assimilation de l'hémoglobine. L'identité de ces corpuscules lymphatiques et du troisième corpuscule du sang est donc manifeste avec le développement d'une même cellule primitive. Ils ont le même volume, la même forme, la même couleur, la même propriété d'adhérer aux lamelles de verre. Ils se transforment et se fusionnent également, et leur assimilation s'impose quant à leurs propriétés physiques et chimiques.

Il est vrai que l'auteur, par une technique spéciale et des plus ingénieuses, a isolé ce troisième corpuscule invisible, soit en le séparant par voie sèche ou humide, par coloration du plasma ou du corpuscule invisible, etc., etc. Il a imaginé et réalisé jusqu'à dix méthodes différentes pour rendre son existence indiscutable. Consignées dans son ouvrage original sur ce sujet : *The physiology and patho-*

logy of the blood, Londres, 1882, elles sont reproduites de nouveau, contre les diverses objections qui lui ont été faites, dans la *Lancet* du 28 juillet au 25 août 1883 avec des planches explicatives. La preuve la plus évidente qu'il en donne, c'est que ce globule invisible possède tous les caractères chimiques et physiques des globules lymphatiques et n'a aucun de ceux du stroma des globules rouges.

Mais une modeste femme, Mme Hart, tout en regrettant comme compatriote de combattre et de ruiner une œuvre aussi considérable, s'est attachée à répéter toutes ces expériences. Ces contre-épreuves, conduites avec un esprit de rigueur scientifique qui entraîne la conviction, montrent que c'est en détruisant les globules par leur manipulation, l'action des réactifs, la pression, sinon les liquides employés, que le troisième globule invisible apparaît. C'est un produit artificiel, dit-elle, et ce sont les méthodes mêmes, qui ont pour but de le démontrer à l'état normal, qui lui donnent naissance. La photographie a la plus grande importance dans sa démonstration.

Disques de Bizzozero. Promulguée au mois de janvier 1882, cette découverte de nouveaux éléments figurés du sang, en dehors des leucocytes et des hématies, fut annoncée en allemand par le professeur italien. Ce sont des plaquettes, *Blüt-plättchen*, ou petits corps très pâles, sous forme de disques ovales ou lenticulaires, ayant moitié du diamètre des globules rouges au milieu desquels ils sont épars. Incolores et parfaitement transparents, ils sont restés inaperçus en raison de leur petit nombre et de la difficulté de les distinguer. Un très fort grossissement est nécessaire pour les apercevoir dans la circulation des petits vaisseaux mésentériques des lapins et des cobayes chloralisés. Le sang sortant des vaisseaux les montre groupés autour des globules rouges ou adhérents au couvre-objet. Ils se modifient très rapidement, deviennent granuleux et forment de petites granulations déjà signalées. Leur conservation par divers réactifs atteste leur indépendance. La rapidité de leurs modifications dans le sang humain exige d'employer toujours le liquide colorant pour les distinguer. Mais leur forme définie et caractéristique les différencie suffisamment.

Leur rôle serait considérable dans les altérations du sang,

ils augmentent notablement dans plusieurs maladies, après la saignée en particulier, et prennent une part active à la formation des caillots. La coagulation serait sous leur dépendance exclusive. Les mêmes éléments qui la retardent empêchent aussi la transformation granuleuse de ces disques. Tandis qu'ils se conservent dans les vaisseaux entre deux ligatures, ils dégénèrent en quelques minutes dans le sang versé.

Il a été facile à M. Norris de montrer que ces disques étaient semblables à son troisième corpuscule. Il a même saisi le plagiat en retrouvant ses propres expressions dans la description du professeur italien. En accusant ce corpuscule d'être un globule rouge décoloré, Bizzozero n'en fait pas la preuve, et c'est pour ne l'avoir jamais vu qu'il attribue à ses disques un moindre volume. (*Revue de méd.*, juillet.)

Dans une réclamation faite à l'Académie des sciences le 6 août 1883, le professeur Hayem réfute toutes ces prétentions étrangères. Il montre non seulement que ces plaquettes sont identiques aux granulations du sang signalées avant lui, mais qu'elles forment, par les caractères mêmes qui leur sont attribués, les hématoblastes découverts par lui en 1877. A ce titre, elles déterminent la coagulation. Le troisième corpuscule invisible de Norris serait un globule rouge décoloré par suite des manipulations et des réactifs employés.

Cette revendication a été provoquée par la haute récompense accordée récemment au professeur Bizzorero par l'Académie de médecine de Turin : le prix Riberi de 20 000 francs décerné à son travail sur la Physio-pathologie du sang (*Fisio-patologia del sangue*). S'il est vrai que l'auteur ait emprunté ce nom de plaquettes aux hématoblastes, ce changement ne suffit pas à lui attribuer la paternité de la découverte et, jusqu'à preuves contraires, ce prix paraît lui avoir été indûment accordé.

Influence de la rate. S'il est démontré que la rate contribue à la formation du sang, son rôle n'est pas si indispensable que cet organe ne puisse être remplacé par d'autres, sans que l'on sache encore dans quelles proportions. La splénectomie chez l'homme avec conservation de la vie et de la santé en est l'expérimentation la plus con-

cluante. Pourtant, la leucocythémie, dont le siège principal est dans la rate, paraît contre-indiquer formellement son excision par le résultat fatal qui en est la conséquence ordinaire. Voy. Leucocythémie.

Le professeur Zésas a tenté d'élucider ces différents problèmes en excisant la rate à plusieurs lapins, et les sacrifiant ensuite à divers intervalles, soit d'une semaine à dix-sept après l'opération. La formation normale du sang en a été troublée pendant un certain temps, par l'augmentation des leucocytes et diminution des hématies. Les glandes lymphatiques et la thyroïde, peut-être le foie, lui ont paru prendre part aux fonctions de la rate. Il admet ainsi que l'extirpation complète de la thyroïde prévient le rétablissement normal de l'hématopoièse ; ce qui semble confirmé par l'état crétinoïde signalé surtout en Suisse après cette opération. La faiblesse générale avec pâleur anémique, la fatigue, la bouffissure des traits, le gonflement des mains, la gêne des mouvements, la maladresse et jusqu'au froid même, réunis sous le nom de crétinisme et rapprochés ainsi du myxœdème, pourraient bien se rapporter à ce défaut d'hématopoièse. Le tableau analytique de ces accidents consécutifs, fait par MM. Reverdin, peut aider à cette élucidation ; mais l'inspection simultanée de la rate est indispensable pour la confirmer. De même que Crédé a vu, en 1882, après l'extirpation de la rate, la thyroïde augmenter de volume et devenir douloureuse coïncidemment avec l'anémie et l'augmentation des leucocytes, il y a lieu de faire la même recherche dans un sens opposé. Voy. Goitre.

Action du nitrite de sodium. L'emploi de ce sel contre l'épilepsie en Angleterre (Voy. *année* 1882), en provoquant des expériences sur les animaux avant de l'administrer à l'homme, a démontré son action toxique sur le sang. D'après les examens spectroscopiques de M. Hénocque en particulier, il transforme l'hémoglobine en méthémoglobine, en diminuant le degré d'oxydation de la première. Le sang des animaux intoxiqués par le nitrite d'amyle présente ainsi, d'après les expériences de Jolyet et de Regnard, une diminution des 4/5 de sa capacité respiratoire. Or le nitrite de sodium étant beaucoup plus actif et s'éliminant plus

lentement, il agit plus activement par une sorte d'asphyxie du sang comparable à celle de l'acide carbonique. L'élimination du nitrite a lieu en effet en même temps que son absorption et se fait à la fois par les poumons, les sécrétions salivaires et rénales. M. Hénocque s'en est assuré en l'injectant sous la peau, dans le péritoine et l'œsophage de cobayes et de lapins, et en suivant les changements subis par l'examen spectroscopique de leur sang, tiré de l'oreille, de deux à cinq minutes d'intervalle. En voici le résumé.

L'action du nitrite de sodium sur le sang commence immédiatement après l'injection de quelques centigrammes de solution dans la cavité péritonéale ; elle peut alors être complète en une minute, mais plus lente dans les injections sous-cutanées, et s'accomplit en un espace de temps variant de 3 à 20 minutes.

Dans l'injection stomacale, l'action est plus lente à se produire ; mais dans tous les cas, l'apparition de la bande méthémoglobine une fois produite se continue pendant un temps variable (entre quinze minutes et une heure et demie). La disparition de la méthémoglobine est d'abord graduelle pendant quelques minutes, puis l'élimination s'accélère brusquement. Lorsqu'on emploie des doses successives et peu intenses, les phénomènes se prolongent, l'altération du sang n'arrive pas à son maximum d'intensité, il y a des oscillations qui peuvent durer plusieurs heures. (*Soc. de biol.*, 22 décembre.)

L'action du nitrite d'amyle est moins active que celle du nitrite de sodium, plus lente et durable, comme le docteur Law l'a constatée chez l'homme, en le donnant à assez haute dose. Il s'agit de savoir si l'usage simultané du bromure de potassium dans l'épilepsie n'en atténue pas les effets toxiques sur le sang en le neutralisant. (Voy. EPILEPSIE, 1882.)

Poudres de sang. Voy. ALIMENTATION ARTIFICIELLE.

Sang des cholériques. *Acidité.* Elle a été constatée dans le sang des cholériques égyptiens par le docteur Straus et ses collaborateurs de la mission française. En examinant avec des papiers réactifs le sérum qui s'en sépare, il fut

trouvé dans la plupart des cas nettement acide. Cette altération ne pouvait provenir de l'impureté survenue dans ce liquide depuis qu'il avait été recueilli, car il était parfaitement limpide et complètement stérile comme milieu de culture à différents ensemencements microscopiques faits à l'aide de la chaleur. Elle n'était pas davantage l'effet de quelques réactions chimiques, car du sang d'hommes ayant succombé à des maladies ordinaires et celui d'animaux sains ou atteints de peste bovine, conservés de la même manière, sont restés parfaitement alcalins. Le liquide du péricarde et le sang, examinés aussitôt après la mort dans un cas, ont montré également une réaction légèrement acide.

Cette acidité est à rapprocher de celle observée par M. Rabuteau dans le sang des animaux empoisonnés avec 5 ou 6 grammes de nitrite de potasse ou de soude. Chez le chien en particulier, cette injection dans le sang provoque des vomissements, une coloration noire des muqueuses, de la langue surtout, et autres phénomènes cholériformes. Le sang prend une coloration terre de Sienne et ne se coagule pas. Ses globules ont peu de tendance à s'agglutiner et la réaction du sérum est un peu acide; au spectroscope, les deux bandes d'absorption de l'hémoglobine ont disparu. (*Soc. de biol.*, 17 novembre.)

Malgré tous les efforts des expérimentateurs de la commission française, aucun microbe n'a pu être découvert dans le sang des cholériques égyptiens. Il est noir, se coagule mal et ses globules rouges tombent au fond du vase avec un sérum clair surnageant qui ne se coagule pas. Au microscope, les hématies sont étiolées et les leucocytes augmentés et granuleux. Des corpuscules allongés s'y rencontrent, un peu plus petits que le microbe du rouget. Une coloration nette, saisissante n'a pu être obtenue, et les cultures ont échoué. De nombreuses expériences faites avec les selles, le sang, les organes des cholériques sur des chiens, des poules, des dindes, des cailles, des chats, des rats, un singe, des porcs, n'ont donné aucun résultat. Tous ces animaux ont continué à se bien porter.

SCIATIQUE. L'*extension du membre douloureux* avec un poids de 18 à 20 livres, appliqué le 5 août chez une dame âgée, sanguine et bien portante d'ailleurs, sans rougeur ni

douleur locale à la pression, soulagea immédiatement des douleurs lancinantes régnant depuis la hanche jusqu'au talon. Trois heures d'application avaient suffi. La douleur étant revenue plus tard, ce moyen réussit de nouveau et en se soumettant à ce traitement mécanique durant vingt-quatre heures consécutives, elle disparut complètement. Il est vrai que 40 centigrammes de parties égales de sulfate de quinine et de salicylate de soude étaient administrés simultanément toutes les quatre heures. Un résultat aussi satisfaisant, obtenu dans deux autres cas, autorise à penser que cette extension est l'agent principal de la guérison, d'après les succès obtenus par l'élongation ou la distension mécanique du sciatique. Ce moyen simple et facile peut donc être essayé à l'exemple du docteur Shœmaker. (*New-York med. Record.*)

Une *élongation directe du sciatique*, pratiquée par le docteur Fioranni de Lodi contre une sciatique rebelle à tous les autres traitements, en a aussi été guérie. (*Ann. di med. e chirurg.*, février.)

Injection d'acide hyperosmique. Une solution à 1 0/0 de cet acide, introduite localement sous la peau, a été employée dans quelques cas par Billroth dans sa clinique. L'un des malades avait une sciatique martyrisante depuis plusieurs années, contre laquelle il avait en vain épuisé quantité de remèdes dont 200 applications d'électricité et le végétarianisme depuis un an. L'injection de la solution ci-dessus, faite entre l'ischium et le trochanter, amena en un à deux jours un grand soulagement, et la douleur disparut ensuite. C'est donc un moyen de plus à essayer contre ces douleurs intolérables.

SCLÉROSE. La *sclérose en plaques chez l'enfant*, décrite pour la première fois comme entité morbide en France, y paraît très rare. Aux deux faits cités par Rilliet et Barthez s'en joint un seul autre, décrit par le professeur Charcot dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux.*

Au contraire, quoique signalée seulement en 1875 en Angleterre, 10 observations en ont été relatées depuis. Il est donc difficile d'en tracer un tableau clinique exact. Sa ressemblance avec la même maladie chez l'adulte dispense

d'ailleurs de s'y appesantir, sinon pour le diagnostic différentiel avec les autres maladies qui peuvent la simuler chez l'enfant. A ce titre, l'étude de ces cas par le docteur Pierre Marie offre un certain intérêt qui manque dans la nouvelle édition du *Traité des maladies des enfants*.

Elle débute dans la plus tendre enfance jusqu'à la fin de cette période et se montre le plus souvent à trois ans. Un cas en a été observé à quatorze mois et un autre à quatorze ans. Parmi les exemples signalés chez l'adulte, 2 s'étaient développés entre quinze et vingt ans.

Sur les 15 cas analysés, on compte 8 garçons et 7 filles, et dans une autre série de 16 cas, Chvostek a trouvé également 10 hommes et 6 femmes, résultat en contradiction avec la prédominance attribuée au sexe féminin par M. Charcot.

Les causes en sont aussi obscures chez l'enfant que chez l'adulte. De même qu'on l'a vue débuter ici au cours des maladies infectieuses : typhus, fièvre typhoïde, scarlatine et variole, l'ictère, l'albuminurie, la scarlatine ont été signalés comme antécédents chez les enfants. Ce peuvent être là de simples coïncidences. L'hérédité est plus rationnelle et mieux établie. Un tempérament très nerveux, marqué par différentes affections de ce genre, comme les convulsions, y prédispose manifestement. L'hystérie, la chorée ont été souvent notées parmi les antécédents des petits malades.

La marche en est lente et insidieuse comme chez l'adulte, mais toujours progressive. Des rémissions parfois considérables s'observent fréquemment. Elles sont la transition ordinaire vers une amélioration persistante ou une guérison complète, comme un exemple en a été noté.

Une difficulté de la marche, la parésie d'un ou plusieurs membres, le tremblement dans les mouvements voulus, en marquent souvent insensiblement le début. Un bras et même les deux sont atteints ensemble ou successivement; puis ce sont les muscles du cou et du tronc, animant la tête de mouvements déréglés dès que l'enfant veut se lever et marcher. Le tremblement des membres inférieurs est le plus fréquent.

Les troubles oculaires viennent ensuite. Le strabisme existait 7 fois dans les 15 cas relatés, ainsi que le nystagmus transitoire et permanent, d'une manière coïncidente ou sé-

parée. Leur fréquence est telle qu'ils ont fait défaut dans 3 cas seulement.

De même des troubles de la parole. 12 cas sur 15 en ont montré des traces avec tremblement de la langue dans 4. La paralysie labio-glosso-pharyngée, s'y ajoutant dans 3 cas, en est l'expression la plus redoutable.

Les symptômes cérébraux sont presque la règle. Ils se manifestent parfois par une simple inégalité d'humeur jusqu'à une irritabilité exagérée. L'intelligence diminue d'ordinaire et la mémoire devient infidèle, difficile. Quelques enfants tombent dans l'imbécillité. Ces signes permettent surtout de prévoir l'invasion de la sclérose en plaques. 7 enfants ont eu des convulsions et 3 des attaques épileptiformes. La sensibilité reste normale.

Le diagnostic en est donc particulièrement difficile, en raison de la fréquence des accidents infantiles et l'extrême rareté de la sclérose. L'ataxie héréditaire, signalée par les auteurs allemands, peut surtout se confondre avec elle. L'incoordination des mouvements est particulière à celle-ci, tandis que le tremblement est spécial à la sclérose. Avec l'absence du réflexe tendineux dans l'ataxie, on parviendra le plus souvent à la distinguer, surtout avec les troubles de sensibilité et les douleurs lancinantes qui sont une exception dans la sclérose en plaques.

La persistance des mouvements de la chorée, même dans le repos, suffit à la différencier. L'hémiplégie infantile, dans ses formes ébauchées, ne peut se confondre avec elle qu'au début. (*Revue de méd.*, juillet.)

Aucun traitement n'est indiqué dans ces observations. La difficulté du diagnostic et son incertitude persistante réduisent le praticien à ne traiter que les symptômes. Le bromure de potassium à l'intérieur, des pointes de feu sur la colonne vertébrale paraissent les moyens principaux et les plus rationnels à mettre en usage.

SPINA-BIFIDA. Une opération audacieuse a été pratiquée contre cette affection par le docteur Mayo Robson (de Leeds). Un enfant de six jours portant un spina-bifida lombaire lui ayant été présenté, il réséqua toute la portion excédante du sac avec suture consécutive réunissant les méninges entre elles par adossement de leur surface séreuse.

Plaçant ensuite des greffes empruntées au périoste d'un lapin pour remplir le vide dû à l'absence de l'arc postérieur des vertèbres, il sutura la peau et obtint une réunion parfaite. Toutes les précautions antiseptiques avaient été employées, la pulvérisation de l'eucalyptus remplaçant l'acide phénique.

Malgré le succès de la transplantation du périoste, aucune production osseuse n'était perçue à ce niveau, bien que les parties recouvrant le canal eussent plus de résistance que la peau. Aucune dépression sensible n'existait, ni sensibilité à la pression; l'enfant devint fort et bien portant. (*British med. journ.*, décembre 1882.)

Enhardi sans doute par ce succès, le docteur Hayes renouvela cette opération chez une fille de neuf semaines, bien portante, ayant une tumeur comme un œuf de poule en bas de la région dorsale. La compression paraissant plutôt augmenter la tumeur que la diminuer, l'enfant fut chloroformisée et placée sur le ventre. Une ponction donna peu de liquide. La dissection montra deux sacs superposés, le premier ne communiquant pas avec les méninges. A l'ouverture du second, une syncope prolongée en résulta. Après son excision, six points de suture au catgut furent placés sur les méninges, puis 20 greffes de périoste de lapin, avec des sutures superficielles ensuite. On eut beaucoup de peine à faire survivre l'enfant, très épuisée, en lui plaçant la tête aussi bas que possible.

La guérison fut rapide. Un écoulement du liquide céphalo-rachidien se fit jusqu'au dixième jour. Onze mois après l'opération, l'enfant avait bonne apparence. La tumeur était réduite de plus de moitié. Au siège de l'opération, pas de production osseuse, mais une certaine résistance.

L'auteur recommande la ponction avant l'opération pour juger la tolérance du sujet, et l'inclinaison de la tête en bas, afin de maintenir le fluide en place par son propre poids. (*New-York med. Record*, 16 juin.)

SURDITÉ. *Simulation.* Un jeune homme, ayant reçu un violent soufflet sur l'oreille, traduisit son auteur en justice, prétendant que l'oreille atteinte était devenue depuis le siège d'une vive douleur et que l'ouïe s'en était très notablement affaiblie.

Commis à l'examen médico-légal, Voltolini trouva le tympan perforé et secrétant du pus en abondance. Il eût donc pu conclure à la vérité de l'allégation en en restant là. Mais en suivant le principe général de l'examen de l'organe symétrique, il rencontra des lésions encore plus considérables sur le tympan correspondant. Le coup reçu n'en pouvait donc être la cause; tout au plus avait-il pu augmenter la douleur. D'où une simple amende de cinq thalers pour l'agresseur.

L'auteur lève la difficulté, si les deux oreilles sont intactes, en introduisant dans celle supposée malade un long tube acoustique en forme de trompette. Parlant alors à voix basse dans le pavillon, de manière à être entendu des assistants, il demande au simulateur s'il a compris. Fidèle à son rôle, celui-ci répond non, bien qu'il ait dû entendre forcément de l'oreille saine. La simulation est ainsi rendue manifeste. (*Monatsschr. fur Orenh.*, septembre 1882.)

SUTURE OSSEUSE. Elle est substituée de plus en plus à tous les autres engins mécaniques pour la réunion fixe et immobile des fragments osseux, fracturés ou réséqués, à cause de leur extrême mobilité. En raison même de ces conditions exceptionnelles, la fracture de la rotule, pour laquelle avaient été surtout imaginées ces inventions quelque peu barbares des griffes, des pointes et des clous, a commencé à en offrir l'application en Angleterre sous garantie du pansement phéniqué. (Voy. *années* 1880-1882.) Le docteur Beauregard (du Havre) vient d'en montrer les avantages par un exemple qui en réclamait péremptoirement l'emploi. Par suite d'un coup de pied de cheval sur le genou gauche, reçu le 23 février dernier, un homme de trente-quatre ans présentait une fracture transversale de la rotule. Le fragment supérieur était remonté au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale et s'abaissait facilement jusqu'au fragment inférieur. Mais celui-ci, très petit et très mobile, fuyait sous le doigt et passait sous le supérieur quand on cherchait à les réunir. C'était une indication pour la suture osseuse qui fut pratiquée le surlendemain, suivant la méthode immédiate de Lister.

Après une incision antérieure longitudinale de huit

centimètres, le fragment supérieur est traversé avec le perforateur de Laugier pour y passer un fil d'argent fort. La petitesse du fragment inférieur ne permettant pas d'en faire autant par le danger de l'éclatement, le fil fut passé dans le ligament rotulien. L'affrontement des surfaces exercé, un drain fut placé et l'on sutura la peau en laissant passer le tortillon de fil d'argent, sans lavage articulaire. Trois quarts d'heure suffirent à cette opération et l'on ne dit pas si ce fut sous le nuage phéniqué.

Les suites furent des plus simples, sans que la température dépassât 38 degrés. Il y eut un peu d'épanchement articulaire le cinquième jour. Le plâtre fut enlevé un mois après. Tout en faisant quelques pas sans canne, le malade ne put soulever le talon que le 15 avril. Dix jours après, il marchait facilement avec quelques mouvements de flexion, malgré la présence des fils d'argent, manifestant bien la réalité de la suture osseuse.

Ramené deux mois après, cet opéré marchait sans boiter, montait un escalier et fléchissait le genou à angle droit dans des marches prolongées, quoiqu'une légère mobilité entre les fragments indiquât l'existence d'un cal fibreux.

A l'appui de cette méthode, 19 cas semblables sans aucun accident grave sont rapportés par l'auteur. Deux fois seulement la température s'est élevée d'une façon inquiétante et deux fois il y a eu suppuration et ankylose du genou. Dans 10 cas, la suture avait été pratiquée pour remédier à l'impotence résultant de fractures anciennes. Elle est donc aussi bien applicable que pour les fractures récentes quand la coaptation des fragments est impossible. La suture médiate de Kocher paraît donner des résultats moins satisfaisants.

Une vive discussion s'est ainsi élevée sur l'emploi de cette nouvelle méthode, et d'énergiques protestations se sont produites, au nom même des principes de la chirurgie française, contre son usage immédiat, auxquelles se sont ralliés la plupart des chirurgiens anglo-américains. (*Soc. de chir.*, avril et août.) Voy. Fractures de la rotule.

Pseudarthroses. En formant tout d'abord le champ principal de la suture osseuse, ces fractures non consolidées

en montrent le rôle et les indications par les succès obtenus.

Elle ne doit venir évidemment qu'après les moyens contentifs ; le traumatisme, exigé pour son application, n'y doit jamais faire recourir primitivement que par exception. C'est en épuisant préalablement tous les autres moyens que le chirurgien ne court aucune responsabilité en cas d'insuccès et de mort.

Un brillant succès en a été ainsi obtenu au Val-de-Grâce par le professeur Mathieu sur un officier d'artillerie de vingt-huit ans, s'étant fracturé la cuisse gauche le 7 octobre 1880 dans une chute de cheval. Tandis que celle de la jambe droite, survenue en même temps, était guérie quatre mois après, avec un raccourcissement de 2 centimètres, celle de la cuisse gauche restait mobile un an après, malgré les moyens ordinaires de contention, les injections iodées et le frottement des fragments, avec usage du phosphate de chaux.

L'immobilité des fragments avec chevauchement l'un sur l'autre, vingt mois après la fracture, faisait un devoir, devant la volonté du malade, de recourir à la résection avec suture consécutive. En raison même de l'ostéite raréfiante de l'extrémité libre des fragments, surtout l'inférieur très rapproché de la synoviale du genou, il fallut séparer les deux fragments, réunis par un tissu fibreux dans leur disposition vicieuse, dénuder leur extrémité avec une rugine mousse, en décollant le périoste pour la protection des organes voisins et tailler enfin le fragment supérieur en coin, pour l'enchâsser dans le fragment inférieur taillé en V. Une suture double en fil d'argent très fin, en les traversant de dehors en dedans, les immobilisa par cet engrènement; l'extrémité tordue du fil sortait au dehors.

Cette opération laborieuse ayant duré une heure et demie ne fut néanmoins suivie d'aucune complication grave. Après la fièvre traumatique des huit premiers jours, une fièvre secondaire, provoquée par la formation d'un petit abcès, s'étendit du dix-huitième au trente-deuxième jour et l'élimination de quelques parcelles osseuses la renouvela du cinquantième au soixante-septième. Malgré ces accidents, la consolidation s'opéra lentement et l'appareil ne put être supprimé avant le neuvième mois, avec un raccourcissement de 5 centimètres tout au plus.

L'enseignement de ce fait est de ne pas trop retarder l'intervention opératoire, à cause de l'ostéite raréfiante des fragments, constatée également par plusieurs chirurgiens dans des cas semblables. Béranger-Féraud cite jusqu'à 7 observations de pseudarthroses de la cuisse avec atrophie et ramollissement des fragments. Les contractions musculaires qui en sont la conséquence nuisent essentiellement à l'immobilisation de l'appareil et jusqu'à la suture des os. La réunion osseuse en a été ainsi retardée, dans ce cas, et une faible extension continue a été rendue nécessaire pour combattre les effets de ces contractions. Autrement, c'est un des exemples les plus concluants de l'efficacité de la suture, surtout chez les opérés encore jeunes comme celui-ci, bien qu'elle ait été pratiquée dans 3 cas de trente-neuf à cinquante-six ans. Il n'y a eu que 4 insuccès sur 18 cas dont 1 mort, soit 5,5 0/0 seulement. C'est donc là une bonne opération dans ces circonstances. (*Archiv. de méd.*, décembre.)

La suture osseuse a été aussi pratiquée avec succès dans la résection de l'astragale ou opération de Le Fort.

Suture nerveuse. Voy. NERFS.

SYNOVITE FONGUEUSE. La nature de cette affection, assez fréquente, reste encore incertaine et douteuse dans la plupart des cas, qu'elle se manifeste dans les articulations sous forme de tumeur blanche ou de kystes dans la gaine des tendons. Proclamée absolument tuberculeuse en vertu des éléments histologiques des fongosités (V. TUBERCULOSE SYNOVIALE, 1882) et les granulations anatomiquement semblables aux vrais nodules tuberculeux n'ayant pas reproduit le tubercule, suivant H. Martin, par l'épreuve décisive des inoculations en série sur les animaux (V. SCROFULOSE, 1882), elle reste le plus souvent indécise pour le clinicien. Il est ainsi de plus en plus embarrassé, par toutes ces recherches et ces expériences subtiles, sur le pronostic à porter et l'issue à attendre du traitement institué. La solution de cette question étiologique, ou du moins le moyen de l'éclairer, pour ceux qui n'ont ni le loisir ni la possibilité de se livrer aux inoculations en série, est évidemment dans les résultats cliniques des faits.

Deux espèces en sont distinguées : articulaire et tendineuse. Celle-ci naît souvent de celle-là par l'envahissement des végétations articulaires qui perforent la capsule de la jointure et pullulent dans les tissus ambiants, avant de distendre la coulisse tendineuse où elles pénètrent et se greffent. Une synovite articulaire prédispose donc à celle des tendons ; elle en est le plus grand danger, mais elles existent aussi isolément, comme l'a très bien démontré le docteur Chandelux dans sa récente thèse d'agrégation sur les *synovites fongueuses, articulaires et tendineuses*, soutenue à la Faculté de Paris.

Synovite fongueuse articulaire. Un garçon de vingt-sept ans, alcoolique, né d'un père phtisique et servant dans un bar inondé par la Tamise, dans l'hiver de 1881, fut bientôt pris de douleurs avec gonflement du genou droit qui l'obligea à garder le lit. Entré à l'hôpital en 1882, ce malade fut traité par l'immobilisation du membre avec vésicatoires et pointes de feu sur l'articulation. Après dix mois de séjour, il est admis à *King's college hospital* le 7 février 1883. Il est amaigri, pâle, avec le genou gonflé, raide et douloureux, et ne peut marcher qu'à l'aide de béquilles. Un épaississement de la synoviale existe avec léger épanchement. Augmentation de la douleur après l'examen et durant la nuit. L'arthrotomie est ainsi bientôt résolue par M. Royes Bell comme le plus sûr moyen curatif.

Afin de n'enlever que la synoviale malade et d'opérer cette excision aussi complète et radicale que par la résection du genou, un nouveau procédé fut employé avec la méthode antiseptique. Au lieu des deux incisions latérales, une incision transversale fut pratiquée le 24 février au milieu de la rotule et seulement un peu plus haut que pour la résection. Les parties molles ainsi divisées d'un condyle à l'autre, la rotule fut sciée et la division de la capsule mit à nu l'articulation. Les ligaments latéraux ne sont nécessairement pas compris dans cette division, et il suffit de porter l'incision au-dessus du cartilage semi-lunaire pour éviter de les léser.

Dans ce cas, le cartilage semi-lunaire ayant été coupé par l'incision, il fut enlevé ainsi que l'interne quoique n'étant pas altérés. Une masse considérable de la synoviale épaissie

se trouva sous le ligament rotulien et le tendon du quadriceps. Elle fut excisée avec des fongosités rougeâtres, existant sous le ligament croisé. Les cartilages articulaires ne présentaient aucune altération appréciable.

Le relâchement de la bande d'Esmarch suffit à pratiquer la ligature de tous les vaisseaux saignants et les deux fragments de la rotule étant rapprochés et réunis exactement avec une suture en fil d'argent, dont les extrémités tordues ensemble furent placées dans l'incision, celle-ci fut fermée et pansée antiseptiquement. L'articulation fut mise dans une gouttière ouverte et la ligature, enlevée le 10 avril, montra la rotule parfaitement réunie. C'est donc un succès de plus de la suture primitive de la rotule.

L'opéré se rétablit parfaitement et trois mois et demi après, la plaie étant guérie et l'homme marchant avec des béquilles, il n'accusait ni douleurs, ni accès, lorsqu'il entra dans un *public house* et en sortit ivre selon son habitude. Dès lors, les douleurs reparurent et la résection du genou fut proposée et pratiquée le 16 juin suivant. Une ankylose en résulta avec conservation de la rotule. Les cartilages articulaires ont été remplacés par du tissu fibreux qui la fixe au fémur. (*Med. Soc. of London*, 10 décembre, et *Lancet*, 15 décembre.) Voy. ARTHRITES.

Synovite tendineuse. Elle succède parfois aux inflammations des gaines tendineuses, à la suite des épanchements séreux et des synovites à grains riziformes. Une injection iodée, le passage d'un séton paraissent y avoir donné lieu. Ce sont les moins dangereuses, quand elles ne se montrent pas sur des sujets tuberculeux ou diathésiques. Elles envahissent de préférence les gaines des fléchisseurs et des extenseurs des doigts, celles des péroniers latéraux, des fléchisseurs communs des orteils et du jambier postérieur. La coulisse du jambier antérieur et des extenseurs des orteils est aussi quelquefois atteinte, soit ensemble, soit isolément. Ces traînées végétantes font parfois irruption dans l'articulation qu'elles rencontrent. Une tumeur blanche a été observée par M. Verneuil dont le point de départ était une gaîne tendineuse.

Sous l'influence de ces lésions, la séreuse se dépolit, se vascularise et s'épaissit. Des saillies longitudinales, des

crêtes parallèles à l'axe des tendons s'élèvent à leur surface. En se multipliant et se fusionnant, elles remplissent la gaine distendue par un liquide séreux ou filant, comme de la synovie louche, jaune ou verdâtre, sanguinolente même, avec des grumeaux et des débris de fongosités. La matière séro-purulente résulte du ramollissement des foyers caséeux.

Si parfois les tendons intacts peuvent glisser au milieu de ces masses végétantes, ils y sont gênés, arrêtés, le plus souvent ; ils se désorganisent et disparaissent. A l'examen, les lésions ressemblent à celles des synovites articulaires. De volume, de forme, de couleur variables, les fongosités rares, petites, grêles, ou bien exubérantes par leurs masses mamelonnées, sont villeuses, papillaires, réticulaires ou arborescentes. Leur couleur varie du rouge carminé, ou lie de vin, à un rose grisâtre comme le frai de poisson ou la chair d'anguille, rappelant parfois la pulpe de groseille. Un petit noyau, à centre jaunâtre, peut même transparaître ici comme le pépin : c'est le nodule tuberculeux en voie de destruction.

La synovite fongueuse naît surtout chez les affaiblis et les scrofuleux, comme en témoignent les cinq observations rapportées l'année dernière par M. Terrier. La scrofule et le traumatisme en sont des causes déterminantes, ainsi que les mouvements exagérés des coulisses tendineuses dans certaines professions. Mais il est souvent impossible de lui trouver aucune cause appréciable, comme dans le fait suivant.

Un garçon de six ans est amené à la consultation de M. Reclus à Bicêtre, le 17 avril 1883, avec une tuméfaction grosse comme une noix à la face antérieure du poignet gauche. Peau mobile, sans changement de couleur ni grande douleur à la pression. Survenu sans cause appréciable, ce gonflement avait atteint son maximum en dix jours, et, depuis trois mois, il n'avait pas changé. Il forme comme un petit lipome sous-cutané, au-dessus du ligament annulaire du carpe. Une fluctuation obscure se transmet jusque dans la paume de la main où de petites tumeurs envoient des prolongements en dedans et en dehors. De là le signe caractéristique, par l'état intact de l'articulation. Un va-et-vient de la masse morbide dans la paume de la main résulte des mouvements de flexion et d'extension des doigts.

L'absence de grains riziformes écarte l'idée de kystes, et aucun signe de strume : coryza, maladies des yeux, gourmes, écoulements d'oreille, n'existant chez l'enfant, l'opération curative est pratiquée aussitôt.

Une incision de 4 centimètres ouvre la tumeur, d'où s'écoule un peu de matière puriforme ; des fongosités font saillie entre les lèvres de la plaie et sont grattées avec une curette au-dessus et au-dessous du ligament annulaire. Une cuillerée à café de débris est ainsi enlevée et un tube étant placé dans l'angle inférieur de la plaie, celle-ci est pansée antiseptiquement. Les suites sont des plus simples : pas de réaction inflammatoire, la tuméfaction diminue et, trois semaines après, l'opéré quitte l'hôpital avec son poignet à peu près normal, sauf une fistulette persistante et un empâtement de la paume de la main. Deux mois après, la guérison était complète et les mouvements faciles. Ce traitement tout simple montre donc que, dans certains cas du moins, il suffit d'enlever le mal pour le guérir. (*Gaz. hebdom.*, n° 31.)

SYPHILIS. Les maladies inflammatoires fébriles, la pneumonie et le rhumatisme entre autres, en suspendraient et arrêteraient même les manifestations cutanées et muqueuses, d'après M. de Sinéty. Il a fait la même observation pendant la dernière épidémie de fièvre typhoïde. Mais les accidents ne s'éteignent pas, ils reparaissent ensuite. La fièvre typhoïde en particulier aggrave les écoulements blennorrhagiques et retarde considérablement la guérison. (*Soc. de biol.*, février.)

Effets de l'érysipèle. Ils ont surtout été bien observés par le docteur Mauriac. Un malade présentait au niveau des lèvres et dans la bouche une éruption extrêmement confluente de plaques muqueuses remontant à deux mois. Elles étaient en pleine activité et avaient déterminé dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux des lèvres une sorte d'œdème dur, plastique, accompagné d'une énorme tuméfaction indolente. L'angine syphilitique était très intense et de nombreuses plaques muqueuses recouvraient les piliers des amygdales. Après deux cautérisations faites à quelques jours d'intervalle, un érysipèle survint à la face,

dura cinq à six jours et disparut rapidement. Mais le fait curieux, c'est qu'il emporta comme par enchantement, dans l'espace de quatre ou cinq jours, toutes les plaques muqueuses des lèvres et de l'isthme du gosier. En même temps, les indurations et les gonflements ganglionnaires disparurent également.

Plusieurs faits analogues sont cités par divers auteurs. D'où la conclusion que la réaction fébrile de l'érysipèle doit être considérée comme un événement favorable contre les accidents cutanés et muqueux syphilitiques non accompagnés de cachexie. Cette influence curative s'exerce simultanément sur toutes les lésions spécifiques, malgré leur distance du foyer inflammatoire. Il faut donc distinguer l'action locale et le mouvement fébrile modifiant l'état constitutionnel. D'autres pyrexies provoquent ainsi la même action curative. Celle de l'inflammation érysipélateuse locale est si évidente qu'elle a été signalée depuis longtemps dans le phagédénisme. La nutrition et le travail ulcératif des parties atteintes en sont modifiés par un phénomène de substitution.

Au contraire, l'érysipèle survenant chez un syphilisé cachectique, déprimé, affaibli, constitue une grave complication pouvant entraîner la mort. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, juillet.)

Sueurs locales. Conformément à leur rapport avec la syphilis, affirmé par le professeur Fournier, M. de Sinéty les a observées d'une manière profuse, à l'extrémité des quatre membres, chez une femme de vingt ans, syphilitique depuis trois ans et présentant des syphilides buccales et de la vaginite blennorrhagique à son entrée à Saint-Lazare. Après un mois de traitement à l'iodure de mercure, une sensation de picotement et de fourmillement se manifesta dans les pieds et les mains, et c'est alors qu'apparurent des sueurs abondantes.

Les pieds et surtout les mains étaient absolument humides, mouillés, baignés de sueur perlant incessamment par fines gouttelettes comme une rosée. Cette sudation partielle et continue dura dix jours environ et disparut, vraisemblablement, sous l'influence du traitement spécifique.

L'excitation de certains points de la moelle chez les chats,

provoquant la sécrétion de la sueur aux quatre pattes, paraît en expliquer la formation dans ce cas particulier par l'existence de centres nerveux présidant à cette fonction. (*Soc. de biol.*, août.)

Action dolorifuge sur le cancer. (V. ce mot.)

Cause du rachitisme. V. Rachitisme.

Iodure de potassium. Il est considéré par M. Gouguenheim aussi spécifique des accidents secondaires que des accidents tertiaires, à l'exclusion du mercure. Administré à la dose de 1 à 2 grammes au début, jusqu'à 6 et 8, à 220 femmes atteintes d'accidents secondaires à l'hôpital de Lourcine, 144 en ont été très améliorées; 44 avaient quitté l'hôpital avant leur guérison. Des guéries, 12 avaient été traitées préalablement par le mercure et 2 par l'iodure. En administrant comparativement celui-ci avec le sublimé, à la dose de 15 à 20 milligrammes par jour, il s'est assuré que l'iodure agit avec autant d'efficacité et de rapidité sur les accidents secondaires.

Sans action sur le chancre, l'un et l'autre ont une égale influence pour atténuer la poussée des accidents secondaires. Les syphilides papuleuses, papulo-érosives et hypertrophiques de la vulve et de l'anus, en sont également modifiées et le mercure semble même plus efficace contre les syphilides vulvaires ou cutanées. Dans les syphilides buccales et pharyngées, l'avantage reste à l'iodure. Il est aussi préférable dans la laryngite hypertrophique diffuse, de même que dans les syphilides ulcéreuses; tandis que le mercure reprend ses droits contre la céphalée, les arthralgies et les myosalgies. En dehors de ces formes, l'iodure conserve sa supériorité.

Il est d'autant à préférer qu'il est mieux toléré. Le coryza, l'acné et l'inappétence qu'il détermine parfois sont légers et disparaissent facilement. Il suffit d'en suspendre l'usage pour que la pharyngite, la conjonctivite ou les éruptions cutanées cessent aussitôt. Les scrofuleux atteints de syphilides secrétantes se trouveront fort bien de l'iodure. En l'employant dès le début, un gramme suffit, sans avoir besoin de dépasser le double ou le triple pour obtenir la guérison, en diminuant et en augmentant alternativement. Il donne surtout

d'excellents résultats chez les enfants de trois à quinze ans. (*Soc. de thérap.*, 27 juin.)

Injections sous-cutanées d'iodure de potassium. Les bons effets obtenus par les injections hypodermiques de peptone ammonique mercurique contre la syphilis récente ont fait tenter la même expérimentation contre la syphilis ancienne à l'hôpital de Lourcine. En employant une solution neutralisée et concentrée, contenant 50 centigrammes d'iodure dans le contenu d'une seringue de Pravaz ordinaire, M. Gilles de la Tourrette s'est assuré que l'absorption est manifeste et parfaitement tolérée. Dans les cas d'intolérance gastrique, à la moindre dose d'iodure, on peut donc tenter cette nouvelle voie, comme le docteur Besnier l'a fait à l'hôpital Saint-Louis en pratiquant ces injections au centre des foyers gommeux. On a ainsi le bénéfice de ne pas provoquer des éruptions d'urticaire ou plutôt d'acné iodique. Elles seraient particulièrement indiquées et utiles dans la syphilis cérébrale grave, avec coma et perte de connaissance, interdisant la voie buccale, lorsqu'il est si urgent d'agir promptement.

Acide chromique. En solution à la dose de 100 grains d'acide pour une once d'eau, il est supérieur même au couteau ou aux ciseaux pour la disparition des excroissances vénériennes, condylomes, verrues, plaques muqueuses. Du coton en étant imbibé est appliqué dessus sans grande douleur. Ce topique a l'avantage d'être exsangue et peu douloureux. (*Edinb. med. journ.*, avril.)

Pseudo-paralysies syphilitiques. Voy. Névralgies, Paralysies.

Syphilis héréditaire. *Kératite interstitielle.* Elle forme le trait principal de la triade symptomatique admise par le docteur H. Parinaud. Les altérations dentaires et les fausses couches de la mère ou une polymortalité des frères et sœurs dans l'enfance n'en sont que l'accompagnement obligé. 32 observations sont rapportées avec ce triple critérium chez des malades âgés de moins de vingt ans. Dans 23 cas, l'origine syphilitique est établie par les aveux des parents

ou par la triade symptomatique ; les deux premiers termes existaient dans 9 autres. L'influence de la syphilis est rendue indiscutable sur la kératite interstitielle, d'après le témoignage d'autres observateurs.

Les 32 mères de ces malades avaient eu 160 grossesses et 75 enfants survivaient seulement au moment de l'observation de celui atteint de kératite. Il était même, dans certains cas, l'unique survivant de 5, 8, 10 et jusqu'à 12 grossesses. La kératite n'est ainsi qu'une manifestation atténuée de la syphilis en respectant la vie ; souvent même, elle n'est pas précédée de manifestations précoces, et il n'y a pas à compter absolument sur cet antécédent pour en affirmer la nature spécifique.

En voici les principaux caractères d'après M. Fournier : Processus d'opacification cornéenne atteignant les deux yeux successivement avec deux périodes bien distinctes. Dans la première, cette opacification a un aspect moucheté ; la cornée prend l'apparence du verre dépoli dans la seconde, en s'accompagnant d'une vascularisation si intense que l'on croirait à une hémorrhagie interstitielle. Une phase de regression y succède parfois et c'est ainsi que cette affection, toujours sérieuse et parfois très grave, guérit alors que la cécité paraissait fatale.

L'apparition de cette kératite hérédo-syphilitique s'observe ordinairement de sept à dix-huit ans, comme 27 des cas précédents en déposent. M. Fournier dit de huit à quinze ans. L'un des malades n'avait que dix jours et l'infiltration totale des deux cornées, ayant l'aspect du verre dépoli sans vascularisation, prouvait bien son origine intra-utérine. Plusieurs cas en ont été observés après vingt ans, mais l'hérédité est alors toujours douteuse.

Elle est notablement plus fréquente chez les filles : sur les 32 cas, il y a seulement 10 garçons. Les malades ont parfois le plus bel état de santé générale, en contradiction avec l'influence de la syphilis sur la déchéance physique et intellectuelle, mais c'est là une rare exception. Plusieurs sont entachés de scrofule, sans que cette diathèse paraisse prendre part à la kératite.

En dehors de la triade morbide s'ajoutent parfois d'autres signes attestant l'origine de la kératite. Des cicatrices de l'angle des lèvres, de la peau ou des muqueuses, des hyper-

ostoses et des troubles auriculaires accusent des syphilides anciennes ; l'iritis les complique souvent et peut même être prédominante, avec choroïdite et troubles du corps vitré, comme dans la syphilis acquise. Ces complications graves de la kératite s'observent sur les enfants conçus à l'époque la plus rapprochée des accidents primitifs.

Un traitement actif, local et général, est de la plus grande importance dans cette affection grave. Le premier consiste dans l'emploi de la chaleur humide sous forme de compresses chaudes et de douches de vapeur tendant à favoriser la résorption des exsudats. L'usage de l'atropine est aussi nécessaire pour modifier l'éréthisme de l'œil et prévenir les adhérences de l'iris sur la cornée, si elle est irritée, enflammée.

A l'intérieur, le traitement spécifique doit être mixte tout d'abord et alterné ensuite, afin de ne pas fatiguer l'estomac, car il doit être longtemps prolongé. Une médication anti-scrofuleuse peut y être adjointe suivant la constitution des malades.

Les solutions hypodermiques sont employées par le docteur Abadie avec 10 gouttes de la solution suivante, une ou deux fois par jour ou tous les deux jours seulement, selon l'intensité des cas, même chez les enfants.

℞	Sublimé corrosif	1 gramme.
	Chlorure de sodium	2 grammes.
	Eau distillée	100 —

M.

Mal supportées parfois, ces injections doivent être continuées pour faire disparaître l'intolérance, avec des intervalles de repos tous les 15 à 20 jours pendant deux à trois mois. En cas d'intolérance absolue, le sublimé sera administré à l'intérieur, suivant la formule du docteur E. Besnier employée à l'hôpital Saint-Louis.

℞	Sublimé corrosif	0,05
	Iodure de potassium	6,00
	Alcool	15,00
	Sirop simple	20,00
	Eau	200,00

M.

3 cuillerées à soupe par jour, pendant 3 jours consécutifs, avec suspension égale pour reprendre ensuite.

Tel est pourtant le doute sur la nature de cette affection, qu'aucun observateur ne paraît avoir eu l'idée de la vérifier par l'inoculation. On évite même d'en affirmer la nature spécifique. L'efficacité du traitement par le mercure et surtout l'iodure de potassium est seule en sa faveur, sans être une preuve infaillible, car l'affection a une tendance à guérir spontanément par un régime tonique, les douches de vapeur oculaires et l'usage de l'atropine. Souvent même, la médication anti-syphilitique n'amène pas une modification aussi rapide que les lésions franchement spécifiques. Des kératites interstitielles simples sont d'ailleurs modifiées également par l'iodure de potassium. Aucune preuve démonstrative n'existe donc pour confirmer sa nature, si ce n'est le caractère des dents, nié par beaucoup d'observateurs; la grande mortalité des enfants antérieurs peut aussi tenir à bien d'autres causes. L'aveu formel du professeur Fournier que la syphilis héréditaire n'a pas de lésions pathognomoniques, de marques absolument certaines, affaiblit donc gravement cette étiologie. (*Archiv. de méd.*, novembre.)

De la syphilis héréditaire tardive, leçons cliniques faites par le professeur Fournier à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Louis, recueillies par le docteur Barthélemy; Paris.

On généralise considérablement les manifestations de la syphilis héréditaire; chaque année en découvre de nouvelles, et la plupart des signes, attribués il y a vingt ou trente ans à la scrofule, au lymphatisme, sont transformés en caractères spécifiques. Cette grande diathèse de la scrofule tend ainsi à disparaître... dans les livres, au bénéfice de la syphilis et de la tuberculose. La clinique si célèbre de Lugol, il y a quarante ans, avec ses dermatoses scrofuleuses et ses préparations iodées, a été remplacée à Saint-Louis par la dermatologie syphilitique. Le rachitisme est même transformé en une syphilis osseuse, et il est à prévoir que, à défaut d'une hérédité immédiate pour en légitimer les signes, on fera bientôt intervenir l'atavisme. Est-ce donc que les maladies aient changé ou que l'étiologie en soit devenue plus

claire? Nullement. La nature n'en est même pas mieux démontrée par le succès du traitement. L'instabilité des doctrines et des idées est toute la cause de ce changement.

Dans une série de leçons, M. Fournier s'est attaché à démontrer que loin d'être limitée au premier âge, comme l'admettent à tort encore beaucoup de médecins, la syphilis héréditaire s'étend non seulement jusqu'à l'adolescence, mais aux autres périodes de la vie par des lésions méconnues et attribuées à tort à la scrofule. L'habitus et le facies en seraient les signes les plus apparents. Les enfants délicats, chétifs, maigres, à petit système musculaire, au teint pâle gris, la peau terreuse et basanée en seraient soupçonnés, en se distinguant du scrofuleux à la peau fine et rosée, la lèvre supérieure hypertrophiée, les extrémités livides et froides. Un développement tardif a encore plus de valeur : ces enfants marchent et parlent tard, leur croissance est lente, ils restent petits, exigus et étriqués. Les testicules en particulier sont rudimentaires et la virilité est tardive, de même que la menstruation chez les jeunes filles. Ils sont encore enfants à l'époque de l'adolescence et adolescents à l'âge mûr; ils trompent toujours sur leur âge. L'infantilisme, en un mot, est un signe de syphilis héréditaire, par l'influence atrophiante qu'elle exerce sur l'organisme et le trouble produit dans la nutrition. Le rachitisme en est ainsi l'effet.

La triade d'Hutchinson sur l'œil, l'oreille et les dents en forme les signes les plus significatifs. Les ophthalmies graves et longues, les taies de la cornée, la kératite interstitielle, l'iritis en seraient souvent des causes, comme les écoulements purulents, la surdité. Le caractère des dents crénelées ne serait pas aussi décisif, tandis que les testicules petits, durs, cartilagineux, irréguliers, avec des nodosités, ont au contraire une très grande valeur. L'hypertrophie des ganglions du cou et celle des articulations, sous forme d'hydarthrose et arthropathie déformante, viennent ensuite. L'arrêt de développement intellectuel est encore plus caractéristique : les descendants des syphilitiques restent bornés, imbéciles ou idiots.

Une grande mortalité des enfants en bas âge dans une famille permet toujours de soupçonner la syphilis. Lorsqu'elle apparaît de bonne heure, elle peut récidiver à un

certain âge, quoique guérie en apparence. Des enfants nés de parents syphilitiques, et ayant présenté des plaques muqueuses et des syphilis dans le premier mois de la vie, ont montré ensuite une exostose au tibia à l'âge de dix ans chez l'un, un sarcocèle chez l'autre à seize ans, puis une gomme de la langue à vingt-quatre ans. Des jeunes gens de vingt à vingt-cinq ans ont offert les premiers symptômes dont ils étaient menacés depuis l'enfance. La plus grande fréquence est vers l'âge de douze ans; au-dessus de vingt-huit, les cas en sont très rares et au-delà de quarante, il y en a peu de démonstratifs.

Les ostéo-périostites des tibias en particulier, surtout lorsqu'elles sont symétriques, en sont un caractère spécial en s'accompagnant de nodosités gommeuses. Elles aboutissent à une augmentation de volume de l'os et déterminent des hyperostoses massives; une sorte d'incurvation arciforme peut même en imposer pour une déformation rachitique. Mais l'épaississement du bord antérieur de l'os, le rendant mousse et sans crête, distingue suffisamment l'origine syphilitique. L'auteur ne considère ainsi le rachitisme, originaire de la syphilis, que comme une déchéance de l'organisme produite sous la même influence que la scrofule ou la tuberculose; tandis que Parrot en faisait un résultat spécifique. Le mode d'interprétation est donc tout différent.

Syphilis oculaire. *Injections hypodermiques de cyanure de mercure.* Si la syphilis, acquise ou héréditaire, porte son action sur toutes les membranes de l'œil, la cornée, l'iris et la choroïde, elle est surtout redoutable sur le nerf optique en déterminant l'atrophie blanche de la papille. Ces atrophies papillaires sont si dangereuses dans l'ataxie locomotrice que l'abolition de la vue en est presque fatalement la conséquence. Qu'elles soient ou non sous la dépendance de la syphilis, le pronostic de cette atrophie ne varie guère, malgré la rémission, l'arrêt, la rétrocession apparente ou réelle des autres symptômes. L'action du traitement antisyphilitique peut bien s'exercer sur d'autres tissus, alors que la papille y semble réfractaire.

Un jeune homme atteint d'une névrite optique cérébrale avec accidents épileptiformes des plus graves, traité par les

professeurs Fournier et Galezowski, offrit un exemple remarquable de cet insuccès. Une iritis et un sarcocèle syphilitiques ayant compliqué la maladie, des frictions mercurielles et l'iodure de potassium arrêtèrent tous les accidents généraux. Le nerf optique s'atrophia au contraire et la vue se perdit complètement. Ces insuccès sont aussi communs dans les atrophies de la papille.

Des ophthalmologistes, devant ce défaut d'action, ont nié la nature syphilitique de cette atrophie. Il est plus rationnel de se demander si les préparations employées ont une action directe sur le système nerveux oculaire et chercher des agents plus efficaces et absorbables. Il est reconnu que le mercure agit plus ou moins efficacement selon la manière dont il est employé, sous forme de pilules de proto-iodure ou de sublimé et d'onguent mercuriel double en frictions sur les jointures. Celles-ci guérissent ainsi des choroïdites syphilitiques réfractaires au traitement mercuriel interne.

Les injections hypodermiques d'albuminate et de peptonate de mercure, même à dose élevée, n'ayant pu arrêter ni la maladie du nerf optique ni la cécité, M. Galezowski a employé sous cette forme le cyanure de mercure par son intolérance sur les voies digestives. A la dose de 5 à 10 milligrammes par injection, il est facilement supporté et manifeste une action très énergique. 7 malades ayant reçu 234 injections en ont ressenti d'excellents effets. Des iritis avec condylomes ou des kératites ponctuées ont guéri après cinq à dix de ces injections, sans laisser aucune nodosité dans le tissu cellulaire. 4 observations en sont rapportées par M. Despagnet à l'appui.

Conduit par ces différents succès, l'auteur a employé ces injections chez un homme de cinquante-neuf ans qui, ayant contracté la syphilis en 1873, commença à s'apercevoir en avril 1881 d'un affaiblissement de la vue du côté droit. C'était une atrophie de la papille optique, se transmettant deux mois après à l'œil gauche. Traité successivement par deux oculistes pendant cette année, sans en retirer aucun résultat, il s'adresse le 20 décembre à M. Galezowski qui constate une cécité complète de l'œil droit, par atrophie de la papille, très avancée dans l'œil gauche. Le malade compte encore les doigts à 50 centimètres, sans pouvoir distinguer les caractères n° 30 à cette distance.

Soumis aux injections hypodermiques à 5 milligrammes pendant huit jours, en les portant successivement à 10 et 15, il accuse une légère amélioration le 15 janvier : sa vue ne baissait plus. Un mois après, il voit les mêmes caractères à deux mètres et lit assez facilement le n° 12. Le champ visuel a un peu gagné en étendue et il distingue mieux les couleurs.

Sans être concluante, cette observation est un encouragement à l'emploi de ces injections; mais en se limitant absolument à ces faibles doses chez l'homme adulte. On s'expose, en les dépassant, à des diarrhées, des coliques très fortes. En les portant à 15 milligrammes dans le cas ci-dessus, des coliques et de la diarrhée s'en sont suivies immédiatement. En suspendant ces injections et en en reprenant l'usage alternativement à la dose primitive, il est permis d'en obtenir les effets curatifs sans accidents. (*Progrès méd.* et *Revue méd.*, avril.)

Syphilis rénale. Voy. ALBUMINURIE SYPHILITIQUE.

De la syphilis du testicule, par le docteur Paul Reclus, in-8° avec 6 planches coloriées. Monographie excellente dont toute la presse médicale s'est accordée à louer le mérite et qui semble résoudre définitivement cette question tant controversée par l'observation clinique et microscopique.

T

TAILLE SUS-PUBIENNE. Ressuscitée pour ainsi dire, cette opération prend avec les perfectionnements qui lui sont imprimés une importance croissante. Mise à l'ordre du jour depuis quelques années seulement, elle est déjà entrée dans la pratique courante et devient la méthode de choix, quand la lithotritie est inapplicable. Chaque jour, de nouvelles observations en sont publiées, la pratique de celle-ci en une seule séance, en montrant la tolérance même de la vessie, a contribué à ce choix. Sauf quelques cas exceptionnels de pierres à la fois très petites et très dures, tout calcul vésical sera désormais justiciable de l'un ou l'autre de

ces deux procédés : la lithotritie rapide ou le haut appareil.

Elle a ses indications toutes les fois que l'urèthre déformé ne permet pas d'introduire à travers ses déviations et ses rétrécissements multiples un conducteur dans la vessie. La lithotritie est impossible alors et la voie périnéale serait trop dangereuse pour qu'un chirurgien prudent voulût s'y aventurer. L'hypertrophie de la prostate en est aussi la contre-indication formelle, même avec le secours du thermocautère tendant à prévenir les hémorrhagies. L'introduction du cathéter est alors difficile et l'accolement des lèvres de l'incision empêche de mouvoir les instruments dans ces tissus durs et rigides. Des efforts considérables sont nécessaires et provoquent des contusions de l'organe, souvent des déchirures, dont la phlébite, la pyohémie et les infiltrations d'urine sont les conséquences. Il suffit de dépasser les limites de l'organe pour léser les plexus veineux qui l'entourent; d'où des hémorrhagies abondantes et souvent incoercibles. Un calcul volumineux et dur, un vice de position, des adhérences ou l'enchatonnement du calcul, comme la déviation, le rapprochement des lèvres du pubis résultant du rachitisme, sont autant d'indications de la taille sus-pubienne. On peut opérer ainsi, malgré le mauvais état général du malade et des complications rénales. On a vu des taillés revivre, malgré la néphrite et l'état de cachexie urineuse où ils étaient tombés. Cette méthode exceptionnelle autrefois devient ainsi la méthode générale de l'avenir. Dans l'impossibilité d'établir encore par la statistique sa supériorité sur les autres méthodes, la récente communication de M. Monod sur 3 nouveaux cas, lui ayant donné 2 succès, a permis d'en réunir une vingtaine à Paris, dont 8 dus au professeur Guyon avec 5 succès. 6 morts en sont résultées, ce qui donnerait une mortalité de 30 0/0; chiffre élevé, si on le compare avec la mortalité de la taille périnéale chez l'enfant. Pour une période de début, avec les tâtonnements inséparables, le défaut d'appareils et d'instrumentation, ce résultat est cependant très remarquable et encourageant. On peut espérer que, en évitant les écueils signalés et en perfectionnant les procédés, on diminuera graduellement cette proportion mortuaire comme celle de l'ovariotomie, en exécutant cette opération

d'une manière plus sûre et uniforme. (*Soc. de chir.*, 31 janvier.)

En voici le manuel opératoire, d'après le professeur Guyon. Placé dans le décubitus dorsal et endormi, le malade est découvert pour laver avec soin la région hypogastrique et raser le pubis. La sonde introduite dans la vessie, des injections avec une solution à 4 0/0 d'acide borique sont multipliées, jusqu'à ce que le liquide sorte limpide et sans odeur. 200 à 300 grammes d'eau sont ensuite injectés pour dilater la vessie suivant sa tolérance, et, le robinet de la sonde étant tourné, on lie la verge dessus avec un tube en caoutchouc pour fermer toute issue au liquide. Le ballon de Petersen, introduit dans le rectum, est gonflé à son tour par l'injection de 4 à 600 grammes d'eau, en suivant l'ascension de la vessie par la main placée sur l'abdomen. Elle doit ainsi déborder le pubis et former une saillie appréciable. Une incision de 11 à 12 centimètres est alors pratiquée directement sur la ligne médiane, dépassant le bord de la symphyse de un à deux centimètres pour faciliter l'écoulement des liquides. Les muscles sont séparés ou divisés et, en arrivant sur la ligne blanche, celle-ci est ponctionnée légèrement en un point pour introduire la sonde cannelée sur laquelle on divise l'aponévrose. Sous le fascia transversalis, apparaît la graisse prévésicale que l'on saisit avec une pince juste au-dessus du pubis. Elle est alors sectionnée en dédolant et, avec le doigt ou la sonde, on la refoule en haut vers le cul-de-sac péritonéal. La paroi vésicale se montre, recouverte parfois d'un lacis veineux turgescent. Sur l'ongle de l'indicateur gauche, placé à l'angle supérieur de la plaie, où il retient et protège le péritoine, on plonge la pointe du bistouri en allongeant l'incision de deux à trois centimètres en bas. Le doigt, en suivant le bistouri, soutient la vessie et déplace le calcul que l'on extrait de la main droite avec un forceps-tenettes.

Dès lors, après avoir touché les bords de la plaie avec la solution forte d'acide phénique, on dégonfle le ballon de Pétersen, et, tandis que le liquide s'écoule, deux gros tubes en caoutchouc, d'un calibre de 8 à 9 centimètres adossés en canon de fusil et ouverts comme une sonde, sont introduits dans la vessie dont ils doivent suivre le mouvement de retrait en plongeant dans le bas-fond. Ils sont ensuite

fixés solidement par une suture métallique aux parois abdominales, au-dessus du pubis, d'où leur extrémité se rend dans l'urinoir placé entre les jambes de l'opéré. L'injection pratiquée par ces tubes rend la sonde à demeure inutile. La plaie est ensuite réunie avec un pansement de Lister fort épais appliqué dessus.

L'urine s'écoule par les tubes, et des injections fréquentes y sont pratiquées avec la précaution de comprimer le pansement avec la main pour le maintenir exactement en place. La sonde à demeure n'est introduite que du sixième au septième jour et, dès que l'urine s'écoule librement, les tubes sont retirés et les bords de la plaie, en se réunissant, ne tardent pas à amener la guérison. (*Ann. des malad. des organes génito-urinaires*, t. I.)

La rapidité de cette description, tout en montrant les complications de ce procédé opératoire, ne permet pas d'en saisir les différents temps ni d'en analyser tous les détails. Les manœuvres qu'il comporte ne sont pas également simples et faciles, et il est nécessaire de les passer séparément en revue pour en montrer les différences et les difficultés.

Injection de la vessie. C'est le procédé primitif et indispensable employé dès le début à la distension préalable de cet organe. 588 applications en sont relatées par Dulles et il semble aussi simple que facile. Cette injection est pourtant souvent assez mal tolérée par la vessie, ordinairement malade par le séjour prolongé d'une pierre dans sa cavité. Les parois se contractent, repoussent le liquide au delà d'une certaine quantité et il y a danger à passer outre. Dans les vessies malades, enflammées, la muqueuse amincie et altérée fait souvent hernie au travers des parois musculaires et pourrait se rompre sous une pression trop énergique.

Chez un homme jeune encore, porteur d'une pierre dès l'enfance et dont la vessie était probablement altérée par la présence déjà ancienne du calcul, le liquide était rejeté sans pouvoir apprécier la quantité conservée. Tout en se guidant sur la sensation de résistance opposée à la progression du piston de la seringue, le docteur Monod, sans déployer aucune force, voulait introduire une dernière seringue, lorsque subitement toute résistance cessa et il

crut à une rupture de la vessie. Heureusement, l'opération put être continuée, et le malade guérit, sans que l'on pût s'assurer de la cause réelle de ce défaut de résistance. M. Verneuil a éprouvé un accident semblable en injectant 125 grammes d'eau tiède pour une troisième séance de lithotritie. La mort en fut la conséquence par péritonite pelvienne. Les expériences de M. Tillaux sur le cadavre lui ont permis de constater que c'est toujours sous le péritoine et sur les parties latérales que cette rupture s'effectue.

Ballonnement du rectum. Inventée récemment par Pétersen (de Kiel), cette innovation a été la principale cause qui a déterminé la révision actuelle de la taille sus-pubienne. Introduite à Paris par le docteur Périer, qui en a tout d'abord obtenu un succès éclatant, elle a bientôt fixé l'attention par un rapport très remarquable du professeur Gosselin à l'Académie de médecine à ce sujet. (Voy. *année* 1881.) Son effet principal est de suppléer à la distension de la vessie par l'injection et d'en augmenter la saillie hypogastrique. En la soulevant mécaniquement, ce ballon en caoutchouc, gonflé par l'injection de 5 à 600 grammes d'eau, opère un relèvement proportionnel du cul-de-sac péritonéal, dont la lésion est si dangereuse dans cette opération. S'il ne contribue pas à le relever aussi haut que son inventeur l'a avancé quand la vessie elle-même n'est pas suffisamment distendue par l'eau injectée, comme M. Broussin l'a démontré par ses expériences, il n'est pas moins vrai qu'il la soulève hors du bassin proportionnellement à la distension de celle-ci. Leurs rapports sont constants, et la vessie, bien injectée, est appliquée ainsi derrière la paroi abdominale par ce ballon et y reste même fixée après l'évacuation de son contenu. Il ne remplace donc pas l'injection de la vessie; il y supplée seulement dans le cas où son intolérance, son irritabilité ou ses altérations ne permettent de l'injecter qu'à demi. D'où la faculté de pouvoir diminuer celle-ci en augmentant d'autant celui-là.

Ce ballonnement n'est ni facile ni délicat, surtout lorsqu'il s'agit d'y injecter jusqu'à 750 grammes d'eau pour rendre la vessie plus saillante. Un écueil à cet effet est d'employer des ballons à parois trop minces et souples qui s'étalent et s'enfoncent dans le rectum sans soulever pro-

portionnellement la vessie. L'appareil se diffuse au lieu de se concentrer sous cet organe. Ce résultat est obtenu plus sûrement avec des ballons à parois résistantes, comme l'a constaté M. Guyon.

Le soulèvement de la vessie et son accolement à la face postérieure du pubis augmentent donc la sécurité de l'opérateur, en percevant mieux les contours de l'organe qu'il a pour ainsi dire sous la main. Il n'a pas à redouter de s'égarer en chemin ni de faire fausse route; il évite plus sûrement le danger si redoutable d'ouvrir le péritoine et l'infiltration d'urine presque inévitable et surtout, d'après M. Monod, l'inflammation putride du tissu cellulaire rétro-pubien. Amassés dans cette situation déclive, ces liquides donnent promptement lieu à des accidents infectieux impossibles à prévenir. Deux de ses opérés sans ballonnement ont ainsi succombé, tandis que rien de semblable n'est survenu chez les trois autres opérés avec cette modification.

Il est devenu ainsi un défenseur ardent du ballon rectal, par cet avantage, en fermant la cavité de Retzius, de prévenir les abcès gangréneux qui ont autrefois jeté tant de discrédit sur cette opération. C'est le meilleur moyen d'éviter cette complication, en ne permettant de porter derrière le pubis ni doigt ni instrument. A son défaut, la vessie reste plus ou moins enfoncée dans le bassin, et on l'aborde ainsi le plus bas possible, pour éviter le péritoine, tandis que cette région dangereuse est rendue inabordable lorsque la vessie est bien soulevée; elle reste même plus à la portée de l'opérateur après être incisée et vidée.

D'où la recommandation expresse du professeur Guyon, à défaut de ce soulèvement ou du ballonnement, de respecter le tissu cellulaire rétro-pubien et de refouler le péritoine en haut avec le doigt avant l'incision de la vessie. Dans les cas de hernie inguinale double, M. Féré a constaté que le péritoine, attiré en bas par cette disposition, descendait jusqu'au pubis, malgré le ballonnement. D'où l'indication de saisir avec les pinces le tissu cellulo-adipeux prévésical juste au-dessus de la symphyse, de le couper en dédolant et de le refouler de bas en haut avec l'indicateur gauche, qui le fixe en place au-dessus de l'angle supérieur de l'incision de la vessie.

Le docteur Felizet a imaginé une autre modification

opératoire, pour mieux assurer l'effet de ce ballon rectal sur le soulèvement de la vessie et éviter plus sûrement le péritoine. Après l'injection de la vessie, il fait l'incision médiane jusqu'à la ligne blanche y comprise. Apercevant la graisse de l'espace de Retzius, il gonfle le ballon rectal, dont il peut suivre et mesurer l'action, pour ainsi dire, de l'œil et de la main, sur le soulèvement de la vessie. Il la découvre alors avec la sonde cannelée et passe une anse de fil d'argent au milieu de sa paroi antérieure, l'index gauche placé à l'angle supérieur de la plaie et l'ongle rasant les fibres musculaires. La vessie et le ballon étant lâchés, on voit la vessie descendre et l'anse d'argent plonger à mesure que le liquide s'écoule. L'index droit s'arrête à l'épaississement formé par le cul-de-sac péritonéal, au-devant duquel une anse de fil est passée et serrée en tortillon pour servir de limite à la boutonnière vésicale.

La vessie et le ballon étant de nouveau remplis, l'incision de la paroi antérieure de la vessie est pratiquée de bas en haut, et l'on extrait le calcul. Son volume ne peut ainsi provoquer la déchirure en haut, que l'anse protège. La plaie vésicale est parallèle ou plutôt supérieure au plan qui raserait le pubis : ce qui facilite l'écoulement du liquide et de l'urine sans que le tissu cellulo-graisseux, placé au-dessous de l'ouverture, soit lésé en aucune façon. Ce procédé sûr n'a que l'inconvénient d'être long et minutieux et de s'appliquer plutôt sur le cadavre que sur le vivant.

Ce n'est pas à dire que ce ballon rectal soit absolument indispensable. Franco ne l'avait pas à son service, ni tant d'autres après lui. La sonde à dard et l'injection de la vessie en ont tenu lieu pendant longtemps, au point que, d'après Dulles, la taille hypogastrique a été pratiquée 388 fois sans ce perfectionnement. Beaucoup de praticiens peuvent ne pas l'avoir à leur disposition quand cette opération s'impose à eux. Elle doit donc pouvoir s'exécuter sans instrumentation spéciale, c'est-à-dire partout et par tous. Il n'y a pas faute grave à ne pas recourir à ce moyen. Les trois premières tailles sus-pubiennes de M. Monod ont été faites sans lui, et, si ses trois opérés sont morts, d'autres chirurgiens des hôpitaux ont été plus heureux. M. Anger ne s'en sert pas et le remplace pas un cathéter articulé spécial, dont le but est analogue à la sonde à dard de frère Côme.

En soulevant la paroi vésicale, il sert à guider le couteau, et, grâce à sa rainure, le couteau de l'appareil Paquelin s'y engage facilement. Un malade de la clinique de la Pitié ayant une double hernie inguinale, les reins malades, un urèthre très sensible, une prostate énorme et très élevée, fut ainsi opéré par le thermo-cautère en présence du professeur Verneuil. L'opération fut rapide, et l'homme guérit, malgré toutes ces fâcheuses conditions. Des deux autres opérés semblables, un seulement est mort.

Le succès du docteur Schwartz est encore plus concluant. Pris à l'improviste en province, en 1881, devant un malade atteint de calculs multiples, une vessie très sensible et une prostate volumineuse, il pratiqua, séance tenante, la taille hypogastrique exclusivement avec des instruments de trousse. Les calculs, volumineux et enchatonnés, furent extraits, et, trois semaines après, la guérison était complète; l'opéré, revu deux ans ensuite, jouissait d'une excellente santé. (*Soc. de chir.*, janvier et mars.)

Suture de la vessie. Elle semble surtout indiquée avec l'application du ballon rectal dans les cas où la vessie, libre de toute altération, peut suffire avec la sonde à demeure à son lavage et à l'évacuation des urines. L'intégrité des reins en est aussi une condition essentielle. Elle semblerait ainsi bien plus favorable à la guérison de la plaie que la fixation de deux gros tubes adossés, plongeant dans la vessie durant six à huit jours pour ses lavages et l'émission de l'urine. Ils paraissent exclusivement applicables aux cas spéciaux de vessies malades, altérées par le séjour et surtout l'extraction de calculs enchatonnés, ou d'urines sanguinolentes, muqueuses, catarrhales, purulentes, qui risqueraient d'obstruer le calibre de la sonde à demeure par l'abondance des mucosités. Quand rien ne fait prévoir cette complication, pourquoi ne pas recourir immédiatement à la suture de la plaie?

L'ostracisme dont elle est frappée en France, sans que l'on sache trop pourquoi, en paraît la principale cause. Des chirurgiens allemands et américains surtout l'emploient systématiquement avec succès, et il est bien démontré qu'elle peut réussir et hâter la guérison définitive. Les expériences récemment faites à Lyon par le docteur Vincent

sur des chiens sont en sa faveur (Voy. *année* 1881). Quelques tentatives de MM. Monod et Anger, faites sans le ballon rectal, n'ont pas réussi, et, en analysant les quelques rares applications qui en sont connues, M. Broussin conclut qu'elle élève la mortalité de la taille sus-pubienne, sans que l'on ait encore cherché à savoir si la modification du ballonnement ne doit pas en changer les résultats. M. Monod semble seul disposé à en appeler de cette proscription rigoureuse. (*Gaz. hebdomad.*, décembre 1882 et janvier.)

Cystorrhaphie hypogastrique. Les succès du haut appareil ont engagé M. Duchastelet à les compléter par le placement des fils avant l'incision de la paroi antérieure de la vessie. Étant établi expérimentalement que l'accolement de la surface celluleuse ou externe de la vessie est le meilleur mode de suture et que les insuccès proviennent de la difficulté de l'appliquer après l'incision, il a imaginé un instrument ou cystorrhaphe à cet effet. La vessie injectée et soulevée par le ballon rectal, l'incision de la peau et du tissu cellulaire est faite en divisant le *fascia superficialis* de bas en haut; cet instrument permet de placer des fils égaux de 20 à 25 centimètres de long et d'ouvrir ensuite la vessie au milieu. Le calcul étant extrait, il suffit de réunir les chefs de ces fils, en commençant en bas, et de fermer la vessie sans tiraillements ni délais. Six ou sept points de suture ont suffi sur le cadavre et il semble, par ces applications cadavériques, que rien ne serait plus facile que de les faire sur le vivant. A l'avenir de le confirmer. (*Revue de chirurg.*, février.)

Etude sur la taille hypogastrique, thèse inaugurale, par le docteur Broussin, ancien interne des hôpitaux; Paris, 1882. Faite dans le service spécial du professeur Guyon, cette étude vise surtout les nouveaux perfectionnements introduits dans le procédé opératoire. Le ballonnement du rectum ne ferait pas remonter le cul-de-sac péritonéal, pas plus que la réplétion de la vessie; l'étendue du champ opératoire n'en serait pas augmentée. Mais l'injection de la vessie étant souvent mal tolérée, même pendant l'anesthésie, et sa distension poussée trop loin ayant de graves dangers, comme on l'a vu, il est préférable d'employer ce ballon que de compter exclusivement sur la distension de la vessie.

La suture de la vessie après la taille hypogastrique a montré, d'après les faits connus, qu'elle en augmente la mortalité; mais le petit nombre de cas ne permet pas de considérer cette conclusion comme définitive.

De la taille hypogastrique, thèse inaugurale de 259 pages, avec figures, par le docteur E. Bouley; Paris, 1883. Interne dans le service du docteur Périer, l'auteur, en comprenant toute l'importanre des rapports de la vessie avec la paroi abdominale antérieure, s'est appliqué à en décrire les différents plans, divisés en sept : peau, tissu cellulaire sous-cutané, dont la hauteur peut atteindre 2 centimètres 1/2 chez les individus chargés d'embonpoint sans aucun vaisseau important. Les cordons spermatiques, séparés par un espace de 3 centimètres, s'y trouvent compris. L'aponévrose abdominale, forte et résistante, forme le troisième. Elle constitue la ligne blanche sur une hauteur de 6 à 7 centimètres. La couche musculaire, formée par les pyramidaux et les grands droits, a, suivant M. Després, une grande importance pour l'incision abdominale, qui devrait être faite dans toute la hauteur des pyramidaux. Mais la variation de leur volume et même leur absence ne permettent pas toujours de suivre ce conseil. Le cinquième plan est formé par le fascia transversalis enveloppant les muscles droits et très variable dans sa texture, surtout inférieurement. Une légère couche de tissu cellulaire, qui remplit la cavité de Retzius en s'étendant au dessus, est beaucoup plus importante par le danger de la décoller avec les doigts pendant la taille hypogastrique.

Dessous se trouve immédiatement la vessie, formant le septième plan à diviser pour l'extraction du calcul. Distendue, elle est située parfois à moins de 1 centimètre de profondeur chez les individus maigres et à 3 ou 4 chez les personnes grasses. Quant au cul-de-sac antérieur du péritoine, des recherches sur 13 cadavres, dont la vessie était injectée, l'ont montré à une hauteur variant de 9 à 4 centimètres seulement, tandis que la vessie s'élevait de 14 à 7 1/2. Il y a donc une relation constante entre la hauteur de ces deux points essentiels de l'opération. De la saillie de la vessie au-dessus du pubis, on peut juger de la hauteur du repli péritonéal. L'accumulation de la graisse

dans le bassin peut seule faire varier ces rapports. Le relèvement de ce repli est de même proportionné à l'embonpoint des sujets.

Taille hypogastrique chez l'enfant. Un garçon de huit ans, dont l'état pathologique des urines existait depuis plusieurs années avec douleurs, fut admis le 19 janvier à l'hôpital des Enfants malades. La sonde métallique permet de constater la présence d'un calcul rugueux, paraissant très dur et peu volumineux. Dix jours après, le ballonnement rectal ayant été fait, la vessie est remplie d'eau boratée jusqu'à former une saillie globuleuse au-dessus du pubis. M. de Saint-Germain pratiqua alors une incision de 5 centimètres sur la ligne médiane, descendant à 1 centimètre au-dessus de la symphyse pubienne et, l'incision parallèle de la vessie étant faite, le calcul fut facilement extrait à l'aide de tenettes courbes.

Réunion de la plaie, sauf pour le passage d'un gros tube en caoutchouc pour l'émission de l'urine. Néanmoins, l'urine et le liquide des lavages sortent entre les lèvres de la plaie. Celle-ci se répare très lentement, par suite d'une bronchite contractée dans ces conditions chez un enfant ayant des antécédents tuberculeux. Une affection pulmonaire aiguë se déclare le 16 février et dure vingt jours. Malgré ces conditions très graves, la plaie se ferme, sans sonde à demeure, et à la sortie de l'enfant, le 13 avril, il ne restait plus qu'une fistulette comme une aiguille à tricoter. (*Revue des malad. de l'enfance.*)

Taille hypogastrique *dans les rétrécissements infranchissables de l'urèthre.* Voy. ce mot.

THÉRAPEUTIQUE. Elle se spécialise chaque jour davantage, en s'adressant plutôt aux symptômes des maladies qu'aux maladies mêmes en tant qu'unités morbides. La température dans les fièvres est ainsi combattue directement de préférence à tout autre par les divers agents qui peuvent l'abaisser. La découverte de la kairine promet d'être un grand bienfait sous ce rapport, en s'appliquant à diverses maladies aiguës, sans action directe sur l'élément morbide, puisque la pneumonie, le rhumatisme, la fièvre typhoïde, l'érysipèle en ont été combattus efficacement.

De là le changement de la spécificité. Il n'y a plus guère de spécifiques contre une maladie en masse, comme le mercure dans la syphilis; ils s'adressent plutôt aux principaux symptômes dont elle est l'expression. La notion nouvelle des maladies infectieuses par les microbes fait ainsi rechercher activement des parasiticides, comme l'arsenic contre le bacille de la tuberculose. La thérapeutique actuelle, plus scientifique et rationnelle que l'ancien empirisme, consiste donc essentiellement à rechercher et préciser l'action des agents médicamenteux sur les fonctions et les éléments organiques et non contre les maladies elles-mêmes. Les plus simples, consistant en une altération de fonction ou la lésion d'un élément anatomique, comme le tissu nerveux par exemple, peuvent seules recevoir une heureuse application de cette méthode. Toutes les nouvelles acquisitions thérapeutiques consignées dans ce volume en sont la confirmation. La glycérine donnée en boisson dans la fièvre typhoïde et diminuant très notablement l'excrétion de l'urée en est surtout la preuve. En voici d'autres exemples, qui n'ont pu trouver place ailleurs :

L'emploi du *sous-nitrate de bismuth* en poudre contre la sueur des pieds en est le plus saillant. Cette hypersécrétion locale et fétide est combattue très efficacement par son action légèrement astringente et topique sur les glandes sudoripares et les follicules sébacés, sans aucun accident possible. Ce moyen simple et facile est préférable à bien d'autres contre cette affection, qui, à l'état aigu, constitue une véritable infirmité. Le docteur Vieusse en a obtenu les meilleurs résultats, chez les militaires en particulier. (*Gaz. hebdomad.*).

On peut en dire autant de l'*atropine contre le coryza*. Une pilule d'un demi-milligramme de sulfate d'atropine, prise aux premiers symptômes d'un rhume de cerveau, prévient ou arrête presque immédiatement l'écoulement nasal et les éternuements qu'il provoque. Plusieurs guérisons concluantes en ont été observées par le docteur Gentilhomme sur des personnes exposées à ces enchifrènements. Un quart d'heure après l'emploi de ce granule, l'effet est sensible aussi bien dans le coryza aigu que chronique. Plusieurs exemplus en sont relatés à l'appui.

Ce n'est pas à dire que l'inflammation consécutive ne se propage aux bronches, comme d'ordinaire ; elle paraît seulement atténuée, diminuée, par l'action même de l'atropine sur la sécrétion de la pituitaire. (*Union méd. du Nord-Est*, 1882.)

Le *salicylate de soude* aurait un effet aussi surprenant contre la *phlegmatia alba dolens*, d'après le docteur Vigar. Une première malade, traitée par les topiques ordinaires, étant restée deux mois au lit et ne l'ayant quitté qu'avec de l'œdème et des nodosités veineuses persistantes, il administra 4 grammes de salicylate par jour à trois autres malades. Dès le premier jour, il nota l'abaissement de la température et la diminution du pouls et de l'œdème douloureux, et la maladie enfin a franchi ses deux phases d'inflammation et de réparation en si peu de temps que, de ces trois malades, aucune n'a passé au lit le troisième septénaire complet, sans conserver ni œdème ni nodosités sur le membre atteint. (*Siglo med.*, avril.)

Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale, comprenant le résumé de toute la médecine et de toute la chirurgie, des indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontotechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, et un formulaire spécial pour chaque maladie, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants malades, et Armand Desprès, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité. Quatrième édition, très augmentée, un fort volume in-4° colombier de 1600 pages avec 918 figures intercalées dans le texte et 3 cartes. Ancienne librairie *Germer Baillière*, Félix Alcan, éditeur.

Les éditions de cet ouvrage se succèdent avec tant de rapidité qu'elles témoignent hautement et de sa valeur et du besoin spécial qu'il remplit en formant un memento général de thérapeutique médico-chirurgicale des plus faciles à consulter. Le supplément placé à la fin s'enrichit à chaque réédition des progrès accomplis, en grossissant le volume, ce qui permet de le tenir au courant des innovations et des découvertes pratiques de chaque année.

THYROIDECTOMIE. Cette excision totale de la glande thyroïde goitreuse est devenue si fréquente depuis l'emploi de la méthode antiseptique que, comme les autres résections d'organes, les cas ne s'en comptent plus guère. Les exemples en sont le plus communs en Suisse. Aux 58 cas de la dernière statistique de Kocher (de Berne) s'en ajoutent 53 à Genève de MM. Julliard et Reverdin; soit 111 en quelques années. En y joignant les 20 cas de Billroth à Zurich, on a un total respectable de 131 depuis 1868.

De cette époque date en effet le grand essor de cette opération. Sur les 203 cas collectés par Le Bec, 16 seulement sont antérieurs dans un espace de dix-sept ans. Il y a 123 femmes pour 80 hommes. La diminution croissante de la mortalité justifie cette augmentation opératoire. De 15,6 0/0 sur la statistique générale, elle tombe à 9 pour celle de MM. Reverdin, la plus favorable jusqu'ici. (Voy. GOITRE.

Si la gravité des cas, le cancer excepté, peut expliquer cette différence, le procédé opératoire, extrêmement variable suivant chaque chirurgien, doit aussi y contribuer. L'incision linéaire médiane est la plus simple et suffit à tout, selon M. Julliard; mais la dissection et l'énucléation n'en sont-elles pas rendues plus laborieuses et difficiles? Les ligatures des vaisseaux, qui se font actuellement au fur et à mesure qu'ils se présentent, en doivent aussi être plus gênées que quand la tumeur est à découvert, comme par le procédé de M. Tillaux. En prolongeant ainsi l'opération, n'expose-t-elle pas aussi davantage à des accidents immédiats, surtout depuis que l'anesthésie n'est plus employée à cause des accès de suffocation grave survenant pendant son administration? L'anesthésie locale est préférée par MM. Reverdin.

Billroth, qui pratique l'incision le long du sterno-cléido-mastoïdien, signale un état passager de dysphagie et d'aphonie assez fréquent après cette opération. Elle a aussi été suivie 7 fois de tétanie dans les huit premiers jours, dont 2 mortels, tandis qu'un seul exemple en est cité parmi les 29 autres morts. Elle est toujours survenue chez des femmes, à une seule exception près, et à la suite d'extirpations totales. Les fonctions spéciales de la femme, en la prédisposant au goitre, semblent donc aussi contribuer à cette complication nerveuse.

L'anémie consécutive, avec faiblesse physique et intellec-

tuelle, lourdeur et empâtement déterminant une sorte d'état crétinoïde analogue au myxœdème, est bien plus grave. Plusieurs cas en sont relatés par divers chirurgiens. L'excision de cette glande, chez les jeunes gens surtout, en troublant l'hématopoièse, paraît en être la principale cause. Dès 1850, Curling ayant rencontré deux tumeurs graisseuses du cou coïncidant avec l'absence du corps thyroïde chez un homme, prévoyait cette relation. Dans les contrées où règnent le goitre et le crétinisme, dit-il, on a longtemps supposé qu'il y avait du rapport entre l'état morbide du cerveau et l'hypertrophie de la thyroïde. (*Med. chir. transact.*, vol. XXXIII, p. 303.) Les résultats de son ablation chirurgicale donnent aujourd'hui comme la solution expérimentale de ce problème : l'absence du corps thyroïde comme cause et le développement de l'état crétinoïde comme effet. C'est donc une raison puissante pour ne pas pratiquer cette opération sans avoir préalablement essayé les fondants, comme l'iode et l'électricité, et constaté l'activité de l'hématose et l'état du sang, chez les jeunes garçons en particulier. Sur 622 cas traités à Fribourg, dit Maas, 23 seulement nécessitèrent l'extirpation après l'âge de quinze ans. (*Congrès des chirurg. allemands.*)

Kyste suppuré du corps thyroïde. Une femme de vingt-huit ans entre à l'hôpital Beaujon, le 27 janvier, pour une espèce de goitre fréquent dans le département de l'Aisne, où elle a habité jusqu'à dix-sept ans. L'affection remonte à neuf mois et se caractérise par une sensation de gêne à la gorge dans la déglutition et la respiration, sans déformation apparente. Elle se porte parfaitement bien du reste, et c'est après un séjour d'observation de quatre mois à l'hôpital que, les accès de suffocation augmentant, le docteur Labbé tente l'opération.

La tumeur, située à la région antéro-externe du cou, du volume et de la forme d'un gros œuf, descend au-dessus du creux sus-sternal et soulève le bord du sterno-mastoïdien droit. Consistance ferme et élastique; peau saine et libre. En suivant les mouvements de déplacement vertical dans la déglutition, cette tumeur adhère manifestement au conduit laryngo-trachéal.

Le 6 juin, quarante-huit heures après le dernier accès

d'étouffement, une incision en forme d'un U embrasse la tumeur de bas en haut, ses branches ayant une hauteur de 7 centimètres et un écartement de 6. Ce lambeau disséqué et relevé, la tumeur est décortiquée de ses enveloppes avec le doigt et la spatule; mise à nu antérieurement et isolée, l'énuclation en est faite. L'enveloppe se déchire, et un liquide purulent s'écoule au dehors. L'extirpation de la poche est ensuite complétée.

Cette opération, faite sous le spray et pansée antiseptiquement avec un drain à la partie inférieure, n'a donné lieu qu'à une perte de sang insignifiante, sans aucune complication. Les sutures métalliques du lambeau rabattu ont pu être enlevées le septième jour, et l'opérée quittait l'hôpital le 27 juin, parfaitement guérie. (*Ann. des malad. du larynx*, n° 3.)

Paralysies laryngées consécutives. Cette complication redoutable est survenue chez une opérée de M. Schwartz d'un goitre folliculaire bilatéral envoyant un prolongement derrière le sternum et un autre à gauche de la région sus-hyoïdienne. Les suites de l'extirpation furent des plus simples; mais des troubles persistants de la respiration, de la déglutition et de la voix s'ensuivirent, sans que les récurrents eussent été touchés. Deux mois après, une paralysie des dilatateurs de la glotte fut constatée. Un cas analogue s'étant déjà présenté, l'auteur se demande si ces paralysies consécutives ne sont pas dues au développement d'une névrite provoquée par le tiraillement des nerfs récurrents plutôt que leur division. L'électrisation localisée fit heureusement disparaître les troubles vocaux, par action compensatrice de la corde saine. (*Soc. de chirurg.*, mars.)

TORTICOLIS. Ce mot, exprimant simplement l'apparence d'un état transitoire et passager de la rotation du cou et de la tête, tend de plus en plus à se limiter, sinon à disparaître, par la persistance même de ce phénomène. Ses différentes formes et les altérations qui paraissent les produire l'ont ainsi fait distinguer sous divers noms. Le professeur Jaccoud l'a décrit dès 1872 sous celui d'*hyperkinésie de l'accessoire de Willis*, en en distinguant la forme tonique ou torticolis et la forme clonique ou tic convulsif et rota-

toire. Dans celle-ci, la tête est entraînée par secousses suivant la contraction du sterno-mastoïdien ou du trapèze, en se répétant toutes les secondes, provoquées parfois par les mouvements de la mastication ou de l'articulation. Ces contractions varient suivant les nerfs atteints et peuvent cesser en donnant un point d'appui à la tête, de même que pendant le sommeil.

Unilatérale d'ordinaire, cette affection est parfois bilatérale et se présente sous forme d'oscillations rythmiques survenant par accès. Les enfants nerveux sont le plus souvent atteints de cette forme, qui coïncide avec d'autres affections convulsives ou spasmodiques.

C'est sous le nom de *spasme fonctionnel* que M. Desnos a décrit une contracture limitée au sterno-mastoïdien, chez une femme de trente-deux ans, et que la résection du tendon ou du nerf spinal a à peine modifiée. (Voy. *année* 1882.) Celui de *crampe* fonctionnelle paraît préférable au professeur Charcot, après en avoir observé les deux exemples suivants :

Brasseur suédois, âgé de trente-deux ans, grand et fort, sans antécédents rhumatismaux ni héréditaires, ayant commencé à tourner la tête à gauche, sans douleur ni gêne, au point de ne pas s'en apercevoir. Le progrès seul de ce tic, avec engourdissement pénible du bras droit, l'amena à consulter. Le sterno-mastoïdien droit est le seul muscle en jeu, sans aucun trouble de la sensibilité de la face ni du cou. Il se contracte doucement par l'exercice, sans secousse, en portant l'occiput vers l'épaule et un peu en haut, et, si la crampe se prolonge cinq à six minutes, de l'engourdissement et de la congestion se manifestent dans le membre supérieur droit. Arrivé à son maximum de contraction, il reste immobile et se relâche presque instantanément et sans secousses, comme en donnant un appui à la tête durant le sommeil.

L'autre est un homme de cinquante-cinq ans, issu de rhumatisants et ayant eu lui-même plusieurs jointures prises à trente ans, sans fièvre. C'est en repassant son rasoir qu'il découvrit son affection, en sentant son coude droit se lever convulsivement. La tête et l'épaule droite ont eu une tendance à se rapprocher depuis par contraction, suivant que l'une ou l'autre est moins fixe. Cette contraction s'opère

absolument comme dans le cas précédent, et il suffit que les deux coudes soient appuyés sur le bras d'un fauteuil et la tête sur le dossier pour être parfaitement tranquille; mais il suffit de bouger l'un ou l'autre pour que la torsion de la tête se manifeste en se rapprochant du bras droit. Le trapèze et le peaucier prennent légèrement part au spasme. Toute la région latérale droite du cou est ainsi le siège de douleurs vagues continues, se diffusant jusque vers le coude. Appuyé en écrivant, celui-ci provoque des douleurs intolérables, qui vont en augmentant jusqu'à amener des larmes. De là les injections morphinées pratiquées depuis deux ans contre ces douleurs du bras droit.

La ressemblance remarquable de la contraction dans ces deux cas l'a fait ainsi rapprocher des crampes musculaires. Elle ne se manifeste qu'à propos des mouvements et devient douloureuse seulement lorsque les muscles entrent en action pour soutenir le poids de la tête. Cette contraction continue et progressive, sans secousses appréciables dans les muscles les plus affectés, se distingue donc des tics de la région cervicale que la plupart des auteurs ont en vue dans leurs descriptions des spasmes de cette région. D'où la nouvelle dénomination de *crampes fonctionnelles du cou*. (*Revue de méd.*, septembre.)

TRACHÉOTOMIE. *Vomissements.* Le rejet des liquides a été observé par le docteur Lalesque, au neuvième jour d'une trachéotomie, chez un tout jeune enfant. Il pratiqua alors l'alimentation artificielle par des lavements alimentaires. Un lavement évacuateur étant administré le matin, quatre autres nutritifs, renfermant chacun quatre cuillerées de peptone, étaient donnés dans le courant de la journée. C'était donc 16 cuillerées, correspondant à 350 grammes de viande, qui étaient absorbées. Cette alimentation, pratiquée pendant dix jours, permit à la plaie trachéale de se cicatriser, et l'enfant guérit parfaitement. (*Du rejet des liquides par la plaie trachéale après la trachéotomie*, brochure in-8°, Paris.) Voy. ALIMENTATION ARTIFICIELLE.

Emphysème du médiastin. Sur 28 autopsies après la trachéotomie, 14 garçons et 14 filles, faites sous l'eau, le docteur Champneys, assisté du docteur Money, ont rencontré

l'emphysème du médiastin dans 16 cas, 8 garçons et 8 filles. Un pneumo-thorax coïncidait dans 2 cas avec l'emphysème au plus haut degré. Dans tous ces faits, la respiration artificielle avait été pratiquée.

Il est remarquable que, pendant les vingt et un ans antérieurs à cette statistique, 5 cas d'emphysème après la trachéotomie ont été observés, soit 6 0/0, sans que le pneumothorax ait jamais été constaté dans 82 autopsies. D'où la conclusion que ces lésions, observées seulement depuis 1881, sont produites par la respiration artificielle.

En examinant avec soin le médiastin chez 20 enfants dont l'âge moyen était de quatre ans et demi, morts de diphthérite à l'hôpital Middlesex, dont 16 avaient subi la trachéotomie, le docteur Kingstown Fowler n'a rencontré cet emphysème que dans 6 cas et le pneumo-thorax dans 3, dont un double. La respiration artificielle n'avait été pratiquée que chez 3 seulement, et tous les signes précédents existaient dans un cas de croup sans trachéotomie L'emphysème s'élevait jusqu'à la racine du cou des deux côtés, surtout à gauche, avec pneumo-thorax considérable. L'air s'étendait entre la trachée et l'œsophage jusqu'au cartilage cricoïde. Le lobe supérieur du poumon droit était distendu par l'air, tandis que les deux autres étaient affaissés, avec emphysème interlobulaire. Une autre explication à l'entrée de l'air dans le médiastin doit donc être cherchée.

Sur 7 cas mortels de diphthérie avec trachéotomie, le docteur Douglas Powell a rencontré 2 fois l'emphysème du médiastin, dont l'un s'était développé très rapidement chez un garçon de onze ans, tandis que la canule était enlevée depuis quelque temps chez l'autre. Dès que cet emphysème se manifeste, la trachéotomie n'est jamais favorable, car l'air passe dans le tissu cellulaire au lieu des vésicules. D'où l'indication de la pratiquer plus haut en paréil cas. Suivant le docteur Champneys, au contraire, l'air peut s'introduire en plaçant la canule sur les côtés de la trachée. Le temps le plus dangereux de l'opération est entre la division du fascia profond et l'introduction efficace du tube. (*Royal med. and chir. Society*, 11 décembre.)

TRANSFUSION. Absolument contre-indiquée, selon M. Dujardin-Beaumetz, quand il y a cachexie avancée; le

sang transfusé ne se *greffant* pas, d'après M. Hayem. Claude Bernard n'admettait pas la greffe du sang transfusé ; il fournit seulement aux cellules hématopoiétiques le pouvoir de reconstituer des hématies. Si ces cellules ne sont plus en état de fonctionner, la transfusion est inutile. Son effet est seulement de provoquer une crise hématoblastique, aboutissant à la reconstitution du sang dans les conditions normales. Elle ne peut donc être utile que si le sujet est apte à subir cette crise et à fournir de nouveaux hématoblastes : ce qui n'existe pas dans les cachexies ni dans l'anémie pernicieuse. D'où sa contre-indication dans ces cas.

La greffe sanguine est absolument réelle, au contraire, suivant le plus zélé défenseur actuel de la transfusion, M. Roussel, de Genève. Elle n'est contestée par les auteurs que pour avoir transfusé du sang altéré par l'air et le contact des parois de verre ou de métal. Le sang transfusé vivant reste dans la circulation de l'opéré, sans aucune trace dans l'excrétion urinaire. Une transfusion abondante a deux effets distincts : hydrostatique, résultant de l'augmentation du liquide en circulation, et hématopoiétique ou greffe du sang vivant par la formation rapide et abondante de jeunes hématies. Si ce pouvoir était aboli, la transfusion serait, en effet, inutile ; mais comment le savoir ? Sans prétendre guérir un cancéreux par la transfusion, on peut au moins prolonger son existence, lorsqu'il est menacé de succomber aux suites d'une hémorrhagie. (*Soc. de thérap.*, 19 mai.)

Une autre contre-indication serait, d'après une théorie allemande, la diminution du calibre des vaisseaux dans l'anémie aiguë. (Voy. *ce mot.*)

La difficulté d'introduire la canule du transfuseur Roussel dans la veine en serait le principal obstacle, d'après les médecins français appelés à voir fonctionner cet instrument. Chez une malade du docteur Millard que des hémorrhagies répétées, dues à des fibromes utérins, avaient réduite à une faiblesse extrême, M. Roussel échoua dans sa transfusion. Une quantité considérable de sang s'infiltra dans le tissu cellulaire du bras, et cette opération n'eut d'autre résultat que de faire perdre encore un peu de sang par la veine ouverte. La malade succombait le lendemain.

M. Dumontpallier a été témoin d'un échec semblable,

avec cette différence que l'opéré survécut et est encore un vigoureux infirmier à la Pitié. Un grand défaut de cet appareil est de ne pouvoir mesurer ni calculer exactement la quantité du sang injecté. (*Soc. méd. des hôpitaux.*)

La *voie hypodermique* fut ainsi choisie par le docteur Paladini chez une pluripare de quarante-huit ans, affaiblie par des métrorrhagies continuelles. Une hémorrhagie plus intense s'étant renouvelée le 4 août, amenant syncope sur syncope dans la position horizontale, sans que les vomissements permissent de conserver le moindre aliment, ce médecin, pris au dépourvu, au lieu de pratiquer une transfusion intra-péritonéale avec une seringue ordinaire, crut moins dangereux de faire l'injection dans le tissu cellulaire abdominal très lâche. Le trocart fut enfoncé assez profondément, et deux injections avec le sang du mari, aspiré par la seringue, furent pratiquées sans grande difficulté ni douleur. La bosse sanguine ainsi formée disparut en deux heures et une simple ecchymose marqua durant quelques jours le siège de l'injection, sans abcès ni induration. L'hémorrhagie cessa le lendemain, et l'opérée, ayant pu garder un peu d'alimentation sans nausées, dormit tranquillement. Quinze jours après, elle allait de mieux en mieux recouvrant progressivement ses forces. (*Gazz. medica*, 24 août.)

D'où la pensée que ces injections hypodermiques, pratiquées sur deux ou trois points différents, permettraient de faire absorber sans danger 3 à 400 grammes de sang, de préférence à l'injection veineuse et intra-péritonéale, souvent impossible à employer à défaut d'aides et d'appareils convenables.

Transfusion d'eau salée. Devant les résultats déplorables obtenus dans plusieurs cas de la transfusion du sang humain, le professeur Nothnagel a tenté une meilleure méthode, suggérée par plusieurs physiologistes. Il s'agit d'une solution de sel commun à 6 0/0, rendue alcaline par deux gouttes de solution concentrée de soude.

Un jeune homme était en danger imminent de syncope, par la faiblesse du cœur consécutive à une hémorrhagie abondante, résultant d'un abcès de l'estomac. Une veine de

la partie supérieure du bras fut ouverte et 2 pintes 3/4 environ du liquide ci-dessus furent introduites dans le système du malade ; la guérison s'ensuivit. (*Wiener med. Press.*)

TUBERCULOSE. Jamais, à aucune époque de l'histoire, un sujet n'a autant préoccupé à l'unisson le monde médical universel que celui-ci et produit, en si peu de temps, tant de travaux, de recherches et d'expériences que ce microbe invisible : le bacille tuberculeux. Depuis un an que sa découverte a été promulguée, il n'est pas de nation, de pays civilisé qui n'ait fourni son contingent d'investigations sur ce nouveau microbe, ni de médecin qui n'en ait entendu parler, fût-il au fond de la province la plus reculée. Les moindres feuilles périodiques, comme les sociétés, les réunions médicales les plus obscures, ont été amenées à s'en occuper par le bruit retentissant fait sur cet infiniment petit dans les Académies, les Congrès et les plus grands organes de la presse par les expérimentateurs du monde entier. Preuve que l'origine allemande de ce sujet et toutes les nébulosités qui l'entourent sont l'expression fidèle des doctrines, des idées et du goût du jour.

Il s'agit, il est vrai, de la maladie la plus universellement répandue, plus fréquente et mortelle à elle seule que toutes les autres, surtout dans les contrées les plus peuplées et civilisées. C'est la peste de la civilisation moderne. De là l'empressement général à connaître, étudier et rechercher ce fameux bacille, donné comme la source et l'origine de ce mal universel, qui décime les populations, et l'agent actif et caché de sa propagation. Tel est le secret de l'immensité des travaux de tout genre produits en une seule année.

A la technique si compliquée de Koch pour le rendre évident par la coloration (Voy. *année* 1882), se sont ajoutés une douzaine d'autres procédés, modifications ou perfectionnements, pour le rendre plus rapidement apparent. Gibbes, Ehrlich, Smith, Ziehl, Fiskler, Eichler, Ransome, Malassez et Vignal en France, après Raymond et Arthaud, se sont associés à cette œuvre laborieuse, sans parvenir à la simplifier assez pour être à la portée de tous les praticiens. On peut en juger par le dernier spécimen, dû à M. Hugueny, élève de la Faculté de Nancy. Trouvant tous

ces procédés, après s'en être servi, longs, minutieux et peu pratiques, il a résolu le problème par un artifice nouveau, offert comme le plus simple et rapide, permettant de l'employer au lit du malade et dans le cabinet du praticien, où il peut déceler le bacille en quelques minutes. Le crachat ou le liquide pathologique étant écrasé entre deux lames de verre, on les sépare par glissement, et l'on fait sécher à l'air libre ou à la flamme. La lamelle ainsi obtenue est plongée dans une solution de bleu de gentiane (eau saturée d'aniline 100 grammes et violet de gentiane, 6 grammes) chauffée a 70° au plus pendant une ou deux minutes, en la plaçant ensuite pendant trois ou quatre secondes dans une solution d'acide azotique au tiers pour la décolorer. Lavée à grande eau, cette préparation est mise dans la vésuvine concentrée ou une solution aqueuse de chrysoïdine additionnée d'un cristal de thymol dissous dans l'alcool absolu. Lavée une dernière fois, elle est séchée et montée dans du baume, où les bacilles, examinés à un grossissement de 800 diamètres, apparaissent en bleu sur fond brun avec la vésuvine, sur fond jaune avec la chrysoïdine. (*Revue méd. de l'Est*, juillet.)

Tel est le procédé simplifié qu'il s'agit d'appliquer au lit du malade pour diagnostiquer la tuberculose douteuse. Il y a loin de là aux quelques gouttes d'acide azotique que Rayer versait autrefois dans les urines de ses malades pour déceler l'albumine. Si l'examen de la poitrine est souvent bien plus long sans être plus concluant, le malade en est au moins directement l'objet. Des procédés aussi compliqués ne peuvent s'exécuter qu'au laboratoire et loin de celui-ci.

Aux 13 expériences de Koch sur les animaux pour rendre le bacille appréciable, des milliers d'autres se sont ajoutées, non seulement sur ceux-ci, mais sur les déjections des malades, les crachats en particulier. Fraentzel et Balmer en ont exécuté jusqu'à 460 ; Weichselbaum, dans 24 expériences sur différents animaux, a fait jusqu'à 308 inhalations de crachats ou d'autres produits tuberculeux et ainsi de tant d'autres expérimentateurs. C'est non seulement dans les sécrétions pathologiques que MM. Babès et Cornil ont étudié ces bacilles, mais aussi dans les divers tissus, séreuses et muqueuses, ganglions, et les principaux organes

siège du tubercule : foie, rate, poumons, organes génito-urinaires. Ils en décrivent ainsi toutes les particularités observées dans ces différents tissus et organes et les figurent dans de très belles planches. (*Journ. de l'anatomie*, n° 4.)

Dans l'impossibilité de nommer tous ces expérimentateurs, il suffit de dire que 76 figurent dans une revue faite à ce sujet par le docteur Ernst à la Société médicale du Massachusetts, le 12 juin dernier, en présentant lui-même 23 observations positives faites sur 17 malades et 6 cobayes, avec la contre-épreuve de 11 expériences négatives. (*Boston med. and surg. journ.*, n°s 5, 6 et 20.) Les auteurs des différents travaux à ce sujet, nommés dans la *Revue de médecine*, s'élèvent jusqu'à 115, et quand on sait que, d'après la statistique du docteur Fergusson à la Société médicale d'Ontario (Canada), 2509 phtisiques ont été examinés sous ce rapport avec un résultat positif dans 2417 cas, notre première proposition se trouve amplement justifiée.

Faites surtout en vue de déterminer la transmission de la tuberculose par le bacille spécifique et assurer son diagnostic positif et différentiel, ces nombreuses expériences ont donné dans la très grande majorité des cas, chez les malades et les animaux, des résultats affirmatifs concordants; les plus concluants se trouvent rapportés à Phtisie.

Ce n'est pas que l'accord soit parfait. Des contradicteurs se sont rencontrés dans tous les pays, en donnant différentes interprétations. A la Société de Philadelphie, Formad a prétendu que les scrofuleux, particulièrement exposés à la tuberculose, le sont en vertu d'une particularité anatomique de leur tissu conjonctif. Il y aurait chez eux, comme chez les lapins et les cobayes notamment, une étroitesse spéciale des espaces lymphatiques : d'où leur tendance à l'oblitération par les éléments cellulaires. Tous ceux qui présentent cette structure anormale seraient prédisposés à la tuberculose primitive. (*Revue de méd.*, septembre.) En Allemagne, le caractère spécifique du bacille a été contredit par Spina et Balogh, qui prétend l'avoir rencontré dans la vase des marais. A Paris même, M. Bouchardat n'admet pas qu'il vienne du dehors; il est engendré dans l'organisme même par suite de transformations des éléments organiques normaux. Le défaut de contamination des reli-

gieuses, pendant vingt-deux ans qu'il a habité l'Hôtel-Dieu, est pour lui la preuve que ce bacille n'est pas la cause de la contagion. Les infirmiers militaires, dont la mortalité est de 24 pour 1 000 hommes d'effectif, n'offrent que 262 tuberculeux sur 1 000 décès, tandis que les sapeurs-pompiers en ont 348 et les gardes de Paris 414. (*Acad. de méd.*, septembre.)

D'où l'exagération de considérer la tuberculose comme une affection parasitaire, en déclarant qu'elle est aussi contagieuse que les fièvres éruptives, comme le font les purs bactéridiens. Tant que le parasiticide ne sera pas trouvé, comme on l'a tenté infructueusement ici et là avec différents antiseptiques : l'arsenic, le sublimé, la créosote, l'acide phénique, l'aniline, voire même l'oxygène pur, on ne sera pas fondé à faire ces inductions.

Le débat sur ce sujet au dernier Congrès des médecins allemands réunis à Wiesbaden, sous la présidence du professeur Frerichs, n'a en rien avancé la question. Malgré le titre pompeux du programme : tuberculose, influence de la découverte du bacille tuberculeux sur la pathologie, le diagnostic, la prophylaxie et le traitement de cette maladie, il n'y a eu que des objections, des contestations sur la réalité spécifique de ce microbe et son influence sur le développement de la phtisie. Malgré le concours de plus de dix des plus célèbres expérimentateurs et professeurs de l'Allemagne, aucune solution pratique n'est sortie de cette discussion.

Influence héréditaire du bacille tuberculeux. L'évidence même de l'hérédité de la tuberculose comme du cancer ne se discute plus ; elle est démontrée par le grand nombre de familles entières qui en sont décimées, à l'exclusion de tant d'autres. Elle en est regardée comme la cause principale et la plus fréquente, sans savoir au juste comment elle se transmet. Sa manifestation ordinairement tardive, à l'âge de puberté ou de nubilité chez les deux sexes, l'a fait attribuer jusqu'ici à un état organique spécial de la constitution ou du tempérament, inconnu dans sa nature et qui y prédispose essentiellement. De là le nom de diathèse donné à cet état particulier, par opposition à l'hérédité immédiate et directe de la syphilis qui se manifeste chez les nouveau-nés aussitôt après la naissance.

La découverte du bacille tuberculeux, transmissible aux petits animaux par l'inoculation comme les virus, a fait aussitôt rechercher s'il ne serait pas l'agent mystérieux et inconnu de cette transmission. Sa présence dans le sang et les diverses humeurs de l'économie chez les tuberculeux peut bien faire admettre qu'il se rencontre aussi dans les éléments générateurs du sperme ou de l'ovule. De là les expériences cliniques entreprises par le docteur Landouzy, médecin de l'hôpital Tenon, à l'aide des inoculations en séries de M. H. Martin sur de petits cobayes, pour résoudre ce problème.

Un fœtus de six mois et demi, né le 5 janvier 1883, à l'hôpital Tenon, par accouchement prématuré spontané, d'une mère phtisique au troisième degré succombant peu de jours après, meurt six heures ensuite. Son corps est porté au laboratoire, où, après avoir brûlé la peau sur la ligne médiane antérieure du tronc pour détruire les germes tuberculeux ou autres qui pouvaient s'y trouver déposés, l'ouverture est pratiquée avec un bistouri rougi au feu. Les viscères abdominaux et thoraciques sont trouves absolument sains, sans aucune lésion apparente. Néanmoins, un petit fragment pris au centre de l'un des poumons, avec toutes les précautions antiseptiques, étant introduit dans le péritoine d'un cobaye, cet animal mourait spontanément le 26 mai, avec les poumons et le foie criblé de tubercules opaques, ainsi que la rate et les ganglions bronchiques.

Un second cobaye était inoculé de même avec les lésions tuberculeuses de celui-ci, et successivement ainsi un troisième et un quatrième; tous mouraient de même de tuberculose généralisée confirmée à l'autopsie.

Une femme rousse de vingt-quatre ans, ayant un premier enfant de trois ans bien portant, meurt enceinte de cinq mois le 19 juin 1883, salle Bouillaud, dans le même hôpital. L'autopsie révèle une phtisie laryngée typique avec tuberculose pulmonaire miliaire et caséeuse et cavernes aux deux sommets. Le fœtus de cinq mois trouvé dans l'utérus avec le placenta et un fragment du poumon maternel sont portés sans retard au laboratoire, pour être inoculés séparément aux petits cobayes avec toutes les précautions antiseptiques précitées. Le premier reçoit un fragment du poumon maternel et le second celui du placenta, et tous

deux succombent simultanément le quarantième jour, en offrant une tuberculose généralisée à l'autopsie. Quatre ont été inoculés séparément avec des fragments de poumon, de foie, de pulpe cérébrale et un mélange de sang et de sérosité du fœtus. Or ce dernier seul est mort le 25 août, avec une tuberculose généralisée, tandis que les trois autres vivaient encore. Mais celui qui avait été inoculé avec le foie, sacrifié le 27 novembre sans être malade, présenta de petits nodules caséeux au siège même de l'inoculation et dans les poumons. Les autres sont restés sans résultat.

Tout en témoignant que le fœtus naissant d'une mère tuberculeuse recèle des germes de la tuberculose inoculable au cobaye, ces expériences ne sont guère applicables à l'homme, puisque le plus souvent les enfants nés de parents tuberculeux peuvent vivre en parfaite santé apparente jusqu'à un âge plus ou moins avancé. Le fait observé par M. Landouzy de cinq enfants nés, dans l'espace de sept ans, d'un père atteint d'une tuberculose pulmonaire et laryngée, et succombant tous successivement entre cinq à huit mois d'accidents tuberculeux, est tout à fait exceptionnel. C'est le plus souvent de vingt à trente ans que succombent ces enfants issus de familles tuberculeuses. Aussi, pour témoigner que le microbe ou bacille tuberculeux est bien transmis avec le sperme lors de la conception, M. Martin, pour rendre son affirmation plus positive, a inoculé le 17 août 1883 le testicule d'un cobaye d'une des séries tuberculeuses précédentes, et, après avoir constaté que ses vésicules séminales étaient distendues par le sperme, il les a liées à leur base et excisées avec toutes les précautions antiseptiques. Ce liquide, extrait par une très petite ouverture et recueilli dans une capsule de porcelaine flambée, a été additionné d'une quantité à peu près égale d'eau salée à 12 pour 1000, et 2 grammes en ont été injectés dans le péritoine d'un cobaye. Moins de trois mois après, le 10 novembre, la mort spontanée de cet animal permettait de constater une tuberculose de la rate, du foie et de l'intestin. Inoculée successivement à deux autres séries, elle en reproduisait les mêmes effets.

Une deuxième expérience faite dans des conditions analogues ayant donné les mêmes effets, dans trois séries suc-

cessives, l'auteur se croit autorisé à dire que la transmissibilité héréditaire tuberculeuse a lieu autrement que par le terrain, mais par la graine. Au point de vue des cobayes, cela est rigoureux; mais, à celui de l'homme, cette proposition est contradictoire de ce qui s'observe tous les jours. Si le sperme d'un homme tuberculeux était une graine de la tuberculose, combien de femmes n'en seraient-elles pas infectées! La mère des cinq enfants morts tuberculeux dans les premiers mois restait ainsi indemne de toute infection. Or, comme il ne s'agit ici que de l'homme, cette proposition est bien exagérée. Le cobaye, comme le lapin, est un terrain trop fertile à la tuberculose pour que l'on puisse en juger sans d'autres témoignages plus concluants. Les chats et les chiens sont en assez grande quantité partout pour qu'on les prenne à témoins, comme l'a fait M. Koch. (*Revue de méd.*, décembre.)

Débuts cérébraux précoces. De même que chez les enfants la diminution des facultés intellectuelles, la faiblesse de la mémoire, la cessation des progrès, la difficulté et même l'impossibilité du travail jusqu'alors facile marquent souvent le début d'une tuberculisation méningo-encéphalique, des accidents analogues se présentent chez l'adulte comme signes d'une tuberculose généralisée, rapidement fatale. Le docteur Daremberg en relate quatre observations pour le démontrer. Elles signalent uniformément en effet, avant les premiers symptômes de tuberculose franche, une paresse et de l'impuissance intellectuelles, une insouciance générale, absolument comme chez les enfants de huit à douze ans. Le début seul en est marqué plus tôt chez l'adulte, et c'est ainsi que ces symptômes sont de précieux éléments de diagnostic, quand l'hérédité n'est pas flagrante, comme dans deux des cas précédents. Ils ont surtout leur valeur en marquant la localisation encéphalique, et il n'y a là rien que de très naturel. (*Archiv. de méd.*, juin.)

Rôle préventif du lupus. De nouvelles recherches microscopiques de MM. Cornil et Leloir sur 11 cas de lupus, dont les fragments cutanés ont été coupés et tailladés en tous sens et examinés sur toutes leurs faces, n'ont découvert qu'une seule fois le bacille de Koch, et ils provenaient alors

d'un homme manifestement tuberculeux. Ces fragments, inoculés dans le péritoine de 15 cobayes et la chambre antérieure de l'œil de 4 lapins, sont tous restés négatifs. Deux cobayes ont seulement présenté des granulations tuberculeuses, qui, inoculées à d'autres, ont évolué naturellement, en les rendant tuberculeux. Une ophthalmie purulente et une petite tumeur locale en sont résultées chez les lapins.

D'où la conclusion que la tuberculose du lupus n'est pas identique à celle du poumon par la lenteur de son évolution. Ces résultats ayant été confirmés par M. Malassez, il semblerait que ce n'est là qu'une tuberculose atténuée, pouvant servir à vacciner contre la plus forte. De là l'évolution spéciale de cette manifestation scrofuleuse, dont les ulcérations ont des différences très tranchées avec celles de la tuberculose des muqueuses, surtout d'après M. Vidal. Il semble même permis d'espérer que les inoculations de lupus serviront contre la tuberculose interne et en mettront à l'abri. Des expériences ont dû être tentées à ce sujet. (*Soc. de biologie*, juillet.)

Neutralisation. Fondés sur l'action de la chaleur pour l'atténuation du virus charbonneux et celle du froid contre le virus rabique, MM. Parrot et H. Martin ont institué des expériences pour neutraliser ou atténuer le virus ou plutôt le bacille tuberculeux avec certains agents antiseptiques. Les acides salicylique et phénique, le sulfate de quinine, le sublimé, la créosote, l'eau bromée et oxygénée, en solutions très étendues, ont été employés à cet effet en les mêlant séparément à la pulpe ou au sang de cobayes inoculés en séries et morts tuberculeux. Ces liquides, introduits dans le péritoine de ces petits animaux, en ont fait périr un certain nombre par l'action même du véhicule ; mais la plupart sont devenus tuberculeux sans que ces réactifs aient manifesté aucune action sur le bacille. D'où la preuve qu'il est plus résistant que celui du charbon, et que le tubercule ne perd ses propriétés infectieuses que par une température de 120 à 125° de chaleur sèche. C'est le seul résultat de ces laborieuses expériences. (*Revue de méd.*, octobre.)

De la tuberculose expérimentale ; thèse d'agrégation, par le docteur Schmitt (de Nancy) ; Paris, 1883. Etude des divers

procédés employés pour la produire : inoculation, ingestion et inhalation, prouvant définitivement son inoculabilité, avec les précautions à prendre pour réussir. De là sa spécificité, dont la découverte du bacille, qui en est comme le virus figuré, forme la démonstration. La topographie de son siège anatomique est donnée ensuite, avec les promesses et l'espérance que cette révolution se traduira bientôt par une prophylaxie rationnelle, officielle ou privée, de la phtisie pulmonaire.

Tuberculose chirurgicale. Sa localisation en est le principal caractère, et elle se distingue essentiellement par là de la tuberculose médicale ordinairement généralisée. Le docteur Bouilly, ardent adepte de la jeune école, cherche ainsi à en fixer les caractères anatomo-histologiques dans une étude d'ensemble, d'après ses recherches particulières, d'abord dans le tissu cellulaire et la peau, sous forme de gommes scrofuleuses ou tuberculeuses, se terminant par des abcès caséeux ou froids, dont la poche joue le rôle prédominant ; d'où la nécessité de sa destruction. De même dans les parenchymes glandulaires et ganglionnaires, se distinguant par la lenteur du processus et une prolifération conjonctive périphérique plus abondante.

Au tubercule enkysté des os, pouvant encore être justiciable de la chirurgie, s'ajoute malheureusement la forme infiltrée, circonscrite ou diffuse, comme l'ostéite tuberculeuse aiguë, qui, en se rapprochant de la granulie pulmonaire, n'en est guère plus passible, avec chance de succès, que celle des organes des sens, comme la choroïde et l'iris, ni celle des muqueuses nasale, linguale, pharyngée et des autres orifices des organes génitaux, de la vessie, de l'urèthre et de l'anus. De toutes ces tuberculoses locales, constatées au doigt et à l'œil par la clinique et l'histologie, devenues accessibles au couteau, combien en sont plus justiciables avec succès et efficacité que celles des poumons et de la plèvre, dont elles ne sont souvent que les prodromes ou avant-coureurs? L'auteur ne le dit pas, et pour cause, tout en reconnaissant, d'après l'obscurité des causes de ces lésions, que l'on ne saurait prévoir, dans nombre de cas, quelle sera l'issue d'une intervention chirurgicale. (*Gaz. médicale de Paris*, 11 août.)

La relation de quatre cas de lésions soupçonnées cliniquement tuberculeuses par la présence des bacilles caractéristiques suffit à le démontrer. Il s'agit d'une épididymite suppurée, d'une synovite fongueuse des tendons extenseurs des orteils et de deux abcès froids d'origine osseuse. Or, des 4 opérations pratiquées, 2 fois le traumatisme a eu les plus funestes conséquences. Après une simple incision de l'abcès épididymaire siégeant à droite et l'évacuation du foyer purulent, sans grattage ni blessure de la paroi, l'épididyme gauche se prit le surlendemain, comme dans la blennorrhagie subaiguë, et une collection purulente en résulta six semaines après, aussi volumineuse que la première, sans que l'on osât y toucher cette fois, en envoyant le malade à Vincennes, avec une fistule à droite et un abcès à gauche.

L'issue fut encore plus fatale après le grattage complet d'une poche d'abcès froid symptomatique d'une lésion costale à droite. Une pleurésie suraiguë s'ensuivit le deuxième jour, nécessitant d'urgence l'évacuation par la ponction de 2 100 grammes de liquide fibrineux. Les accidents s'aggravèrent tellement que la mort en résulta le dixième jour, avec épanchement purulent dans la plèvre droite, sans bacilles ni tubercules dans les poumons.

Est-on bien fondé, après de si déplorables conséquences, à préconiser l'intervention chirurgicale, en s'appuyant sur 40 cas d'opérations analogues pratiquées en Allemagne sur la même indication de la présence des bacilles? Si les résultats non indiqués n'ont pas été plus favorables, cette présence de quelques rares bacilles constatés dans les liquides ou les solides serait plutôt une indication de s'abstenir. Beaucoup d'abcès froids, de lésions osseuses, d'engorgements ganglionnaires avec les mêmes caractères cliniques se terminant par une guérison spontanée lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, comme le reconnaît l'auteur, pourquoi intervenir activement en vue d'issues aussi fatales? Effets d'auto-inoculation ou de réveil et de prolifération des micro-organismes incriminés résultant du traumatisme, il est évident qu'il est plus pratique de les laisser sommeiller et se détruire sur place par l'abstention, suivant la doctrine du professeur Verneuil. Agir activement sur le vu d'un simple bacille, c'est faire œuvre de partisan systé-

matique plutôt que de chirurgien observateur et réfléchi. Le diagnostic serait-il rendu plus exact par cette découverte qu'il n'en faut pas moins tenir compte du malade, comme on l'a fait de tout temps, et un tuberculeux n'offrira jamais qu'un terrain très défavorable au traumatisme, surtout des parties molles, en raison même de la pathogénie de la tuberculose. (*Revue de méd.*, novembre.)

Rapports avec l'inflammation. Après un coup d'œil historique sur cette question, née en France au commencement du siècle et tant controversée depuis, le docteur P. Reclus se prononce formellement pour l'affirmative, dans une excellente revue sur ce sujet. De nombreux faits récents, empruntés à la clinique surtout chirurgicale et à l'histologie, sont relatés et invoqués à l'appui, entraînant la conviction. Ce long débat semble ainsi terminé par cette affirmation précise : La tuberculose est une inflammation spécifique, souvent précédée, accompagnée ou suivie d'une inflammation vulgaire, qu'elle provoque ou qui la provoque. (*Gaz. hebdom.*, n° 7.)

Ainsi se trouve confirmée dans le domaine de la chirurgie, et augmentée de nouvelles preuves, la doctrine émise récemment en médecine par M. Hanot dans sa thèse d'agrégation à la Faculté de médecine (*Des rapports de l'inflammation avec la tuberculose*, in-8° de 175 pages, Paris). Le nombre considérable de bacilles trouvés par MM. Cornil et Babès dans les produits tuberculeux lui explique de même parfaitement la genèse des lésions d'inflammation chronique qui la constituent. Les rares bacilles qui se trouvent dans les cellules géantes au milieu des granulations tuberculeuses paraissent aussi le point de départ de l'inflammation nodulaire, en siégeant au centre. C'est encore ainsi que, en se trouvant presque toujours dans les cellules migratrices de la tuberculose chronique, ces bacilles, éliminés ou détruits, laissent après eux des inflammations scléreuses ou des îlots de dégénérescence caséeuse. (*Acad. de méd.*). Toutes les données les plus positives et minutieuses de la science actuelle affermissent donc la pathogénie broussaisienne de la tuberculose, découverte par la clinique.

Tuberculose osseuse. Voy. Ostéite.

Tuberculose articulaire. Voy. ARTHRITES.

Tuberculose génitale. *Inoculation intersexuelle.* La découverte du bacille tuberculeux va naturellement éveiller bien des suppositions, des hypothèses, pour expliquer le mécanisme des localisations restant telles, sans accès possible avec l'extérieur. Comment imaginer la tuberculisation du testicule ou de l'épididyme par exemple, localisée de seize à trente-deux ans chez un garçon fort et vigoureux, absolument indemne d'aucune trace appréciable héréditaire ou personnelle de scrofule, ni de tuberculose? Par le coït, répond le professeur Verneuil. Et, en invoquant cet unique cas personnel, avec toutes les raisons pour et contre cette interprétation, il pose la question à son collègue chargé de la syphilographie à la Faculté, afin de résoudre, par la clinique ou l'expérimentation, si un homme sain, après un coït avec une phtisique, peut être atteint de tuberculose génitale localisée ou si l'homme tuberculeux peut à son tour infecter une femme saine. La solution serait apparue depuis longtemps par les unions fréquentes de tuberculeux avec des conjoints sains, si elle était possible. Dans les cas de contagion probable, au contraire, on l'a toujours expliquée par la voie buccale, sans que la voie génitale ait jamais été soupçonnée ni incriminée. Un malade seul du docteur Salleron donnait à son affection une origine vénérienne. La nature longtemps suspecte de cette tuberculose, restant localisée, est peut-être la seule cause de son origine; justifiée et légitimée aujourd'hui par l'histologie et la présence même du microbe spécifique, apparaîtra-t-elle plus clairement? (*Gaz. hebdom.*, nos 14 et 15.)

Tuberculose rénale. Le diagnostic pourra désormais en être établi sûrement par la présence des bacilles tuberculeux dans l'urine. Le docteur Babesin (de Pesth) en a fait la démonstration sur trois malades, dont la mort chez deux a permis de vérifier par l'autopsie l'état tuberculeux avec ulcérations du bassinet du rein. Une ulcération de la vessie existait même dans un cas. Les procédés de Koch et d'Ehrlich ont suffi à mettre ces microbes en évidence. (*Soc. anat. de Paris*, 26 janvier.)

Tuberculose de la gorge. Voy. ANGINES.

Tuberculose de la choroïde. Sa fréquence serait extrême, d'après E. Block, dans la tuberculose miliaire aiguë des poumons. Sur 23 yeux examinés, provenant d'individus ayant succombé à une granulie arrivée à diverses périodes, 19 ont été trouvés farcis de nodules tuberculeux au nombre de 2 à 49 dans le même œil, leur volume variant de un millimètre de diamètre jusqu'à former une saillie manifeste à la surface. Les plus volumineux siégeaient au voisinage du nerf optique, et, parmi les autres disséminés à la surface, les plus petits étaient limités aux capillaires. Leurs caractères histologiques n'offraient rien de remarquable que de fines hémorrhagies au centre de plusieurs. Un seul tubercule de l'iris fut constaté, quoique 10 cas d'irido-cyclite aient coïncidé dans ces cas de choroïdite tuberculeuse. (*Virchow's archiv*, mars.)

Les investigations cliniques avec l'ophthalmoscope à l'aide des mydriatiques, surtout chez les enfants, ont donc à redoubler pour vérifier la réalité de cette fréquence oculaire. Quant à l'examen, après la mort, il suffit d'exciser la partie postérieure du globe des deux côtés pour éviter la défiguration du cadavre.

Tuberculose zooglœlque. N'ayant jamais pu découvrir de bacilles dans les nodules résultant de l'inoculation sur des cochons d'Inde des produits cultivés d'un petit nodule tuberculeux recueilli sur la peau de l'avant-bras d'un enfant mort de méningite tuberculeuse, MM. Malassez et Vignal proposent de la distinguer sous ce nom. Le tissu des nodules artificiels ressemble à celui des granulations tuberculeuses dites lymphoïdes par la structure, l'origine, la marche et l'aspect macroscopique de ces lésions. Mais on n'y rencontre que des masses zooglœiques de forme et de volume variables, constituées par de nombreux micrococcus ou sphérobactéries parfaitement immobiles, très rapprochées les unes des autres. Elles occupent le centre de la granulation, complètement développée et non caséifiée. On ne peut les confondre avec les bacilles ni les monades tuberculeuses de Klebs, et M. Toussaint paraît seul avoir observé quelque chose d'analogue aux masses zooglœiques

dans des bouillons de culture envenimés avec des ganglions caséeux de truies rendues tuberculeuses par l'ingestion des poumons d'une vache malade. (*Soc. de biol.*, 12 mai.)

Des bacilles s'étant enfin montrés par la persistance des cultures zooglœiques, les auteurs sont amenés à revenir sur leur première opinion, sans pouvoir affirmer l'unité des deux tuberculoses, car il serait possible que les bacilles provinssent d'autres animaux par les manipulations qu'ils ont faites des uns et des autres. En honorant la loyauté des expérimentateurs, cet aveu montre aussi le peu de sécurité de ces distinctions microscopiques. (*Idem*, juin.)

TUMEURS. *Injections parenchymateuses d'acide hyperosmique.* Un homme portant un sarcome mou, gros comme une tête d'enfant, à la partie latérale droite du cou, se présente au professeur Winiwarter, de Liège. Ses rapports et ses adhérences intimes aux nerfs et aux vaisseaux n'en permettant pas l'extirpation, l'injection de trois gouttes d'une solution aqueuse au 100e d'acide hyperosmique, employé en histologie, est essayée avec la seringue de Pravaz et renouvelée ainsi pendant quatorze jours consécutifs. La tumeur se trouva alors complètement ramollie, et les parties mortifiées, mélangées à du pus séreux, s'éliminaient par de légères incisions de la peau. L'infiltration diminua si rapidement qu'un mois après la tumeur avait complètement disparu, avec cicatrisation de la peau restée intacte. Aucune inflammation locale ne se manifesta, et l'état général resta le même.

Ces injections ont été employées avec un égal succès contre un sarcome inopérable de l'épaule, récidivé après une désarticulation de l'humérus. Elles ont aussi été pratiquées contre les lymphomes multiples du cou, les adénites scrofuleuses et autres productions analogues disparues sous leur influence, après avoir résisté à une foule d'autres moyens. Le résultat a été nul au contraire contre le carcinome des glandes avec l'injection d'une demi-seringue d'une solution à 1 pour 100 de cet acide. Son principal avantage est dans son action toute locale et limitée, sans s'étendre aux tissus environnants. Son usage ne peut ainsi manquer de s'étendre en chirurgie par cette propriété remarquable. (*Presse méd. belge*, 18 mars.

Tumeurs abdominales chez les enfants. Six exemples en sont rapportés par le docteur Whittier, observés à la consultation externe de l'hôpital général du Massachusetts. Leur intérêt est surtout dans les belles figures qui, en en montrant la forme et le siège, peuvent aider puissamment au diagnostic.

Une fille de huit ans et demi, très délicate, nerveuse et hystérique, présentait une tumeur occupant la région lombaire et inguinale gauche, s'étendant presque à l'ombilic. Elle formait une masse moulée, dure, non élastique ni fluctuante, fuyant à la pression sans disparaître et n'incommodant que par son poids. Habituellement constipée, cette enfant ne pouvait recevoir un lavement sans tomber en convulsions. Des frictions avec la teinture de noix vomique trois fois par jour et un verre d'Hunyadi chaque matin amenèrent du soulagement : ce qui fit penser à une tumeur stercorale du côlon descendant. Mais la tumeur ayant récidivé deux mois ensuite, après trois semaines de constipation, et sans pouvoir disparaître aussi aisément que la première fois, il y avait lieu de supposer une malformation congénitale du gros intestin ou la compression de sa partie inférieure par un néoplasme, sinon par des adhérences ou des fausses membranes.

Une autre fille, pâle, extrêmement maigre, portait dans la région lombaire droite une masse dense, régulière, mais nodulaire sur la partie antérieure, près de l'ombilic. Ferme et résistante, elle se déplaçait dans tous les sens par la main posée dans la région rénale et s'étendait de la région inguinale jusqu'à l'ombilic du côté droit. L'abdomen mesurait 18 pouces à ce niveau. Un mois après, elle remplissait presque toute la cavité abdominale, et l'enfant succomba de faiblesse en six semaines, sans que l'autopsie pût être faite. Un coup reçu en jouant dans cette région ainsi que la douleur et le gonflement survenus lentement ensuite ont rendu probable le diagnostic d'un sarcome du rein.

Ce fut une dégénérescence kystique du même organe chez une autre petite fille, très émaciée, dont l'abdomen avait augmenté rapidement. Dès le quatrième mois, il dépassait de deux pouces la ligne moyenne, et la tumeur, irrégulière, mate, dense et résistante, occupait presque

toute la cavité abdominale. Une fluctuation obscure ayant fait pratiquer une ponction par le docteur Cabot, une demi-once de liquide sanguin en fut extrait, montrant des globules rouges, des gouttes graisseuses, des cristaux de cholestérine et des cellules déformées. L'enfant, morte dix-huit mois après, présenta une énorme collection kystique du rein droit, formant une tumeur d'environ quatre kilos. Du sérum clair y était contenu ; tous les organes abdominaux étaient sains.

Une petite fille de cinq mois et demi, née avec un gros ventre, un bec-de-lièvre et un pied valgus, n'augmentait que du ventre depuis sa naissance. Les parois en étaient très distendues par une tumeur occupant tout le côté droit, en déplaçant le foie en haut et l'intestin du côté gauche. Elle était uniformément arrondie, avec un léger resserrement en bas et en avant, mobile en haut et en arrière à la pression, avec une fluctuation très obscure. Une ponction exploratrice avec l'aiguille hypodermique donna un liquide clair et albumineux, et, dès le lendemain, 38 onces en étaient aspirées. Ce liquide était légèrement trouble, neutre et d'une gravité spécifique de 1000, avec quelques résidus solides ; du sérum albumineux formait presque 99 0/0 du contenu. L'analogie avec les kystes rénaux rendait le diagnostic difficile ; mais l'origine congénitale de la tumeur, son siège, son contenu et les autres difformités firent admettre une hydronéphrose par la récidive répétée de la tumeur.

Un garçon de deux ans et demi, bien portant jusqu'à un accès de croup, fut pris ensuite de diarrhée et développement du ventre, sans ictère ni infiltration. Admis dans le service du docteur Minot, cet enfant avait l'abdomen très distendu, fusiforme, fluctuant et mat à la percussion, la peau formant un réseau de veines distendues. Une ponction donne 62 onces d'un liquide brun noirâtre avec de la cholestérine. La surface libre du foie décela ensuite une tumeur solide et saillante, se dirigeant en bas vers l'ombilic. Mais le liquide, reproduit deux mois après, fit admettre un épanchement du péritoine consécutif à une péritonite subaiguë.

Il en fut de même chez un garçon de quatre ans, ayant le ventre gros depuis deux ans, sans aucune autre infiltration, ni toux, ni dypsnée. Le foie, l'estomac et jusqu'aux poumons en étaient déplacés par son volume énorme, donnant

un mouvement de ballottement à la palpation. 88 onces d'un liquide brun noirâtre, mêlé de cholestérine, en furent retirées par la ponction. Aucune réaction ne s'ensuivit, et l'examen ne révéla que les parois molles du kyste dans la région hypogastrique. Six mois après, toutes traces avaient disparu, et l'enfant jouissait d'une parfaite santé. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 22.)

Tumeur conjonctive primitive du ligament rond. La rareté de ces tumeurs solides et leur gravité donnent une grande importance à ce nouveau fait, observé et opéré par le docteur Sanger (de Leipsick), en venant à l'appui de l'exemple relaté l'année dernière. Le travail du professeur Duplay est en effet unique sur ce sujet. D'où l'intérêt d'y joindre celui-ci.

Une gouvernante de vingt-deux ans, très amaigrie avec une couleur brune cachectique de la peau, présente une tumeur comme une tête d'enfant, ayant l'aspect d'un champignon. Formée d'une demi-sphère, elle s'effile dans le canal inguinal et se perd au voisinage de la symphyse. Lisse et solide, sans fluctuation et à peu près immobile, elle s'étend jusque dans le côté gauche. Le début remonte à cinq ans par la sensation d'un œuf de pigeon dans la région inguinale droite qui fit croire à une hernie. Mariée, elle a eu trois accouchements, et c'est après le dernier seulement qu'un accroissement rapide de la tumeur fixa l'attention. Elle s'étend de la fosse iliaque jusqu'à la ligne innominée et est molle au toucher, mais immobile et fermement fixée. Sa dimension est de 21 centimètres de long sur 18 de large. Une ponction exploratrice donne un liquide jaune comme de l'urine, contenant des globules blancs et rouges au microscope. Deux autres ponctions faites ensuite ne donnèrent aucun résultat.

Croyant à une tumeur maligne, par son rapide accroissement et les douleurs locales, M. Sanger pratiqua l'opération le 5 décembre, par une incision de 12 centimètres, parallèle à la ligne blanche. Mais, loin d'être placée devant le péritoine, facilement énucléable et pédiculée dans le canal inguinal, comme on l'espérait, elle était très adhérente. L'ablation complète en fut impossible et détermina une hémorrhagie abondante. Le lendemain, l'opérée suc-

combait, et l'on constatait à l'autopsie, par l'enlèvement de la suture du péritoine, faite au niveau de l'anneau inguinal interne, que le ligament rond traversait le canal inguinal raccourci et comme strié, paraissant plus large sur une longueur de 4 à 5 centimètres, prenant ensuite l'apparence d'un éventail pour se porter sur la tumeur, où il se perdait, après en avoir comme dissocié les faisceaux.

A ce fait malheureux, l'auteur joint une statistique de 18 cas analogues de tumeurs conjonctives primitives des ligaments de l'utérus, ayant donné 9 morts et 8 guérisons. La gravité de ces opérations montre ainsi que l'on ne doit pas y recourir légèrement. Quels que soient les efforts de l'auteur pour les justifier par l'analyse de ces faits et en établir le diagnostic différentiel, il est évident qu'il vaut mieux s'abstenir que de s'exposer à avancer les jours des opérées. La nature maligne de ces tumeurs entraîne presque fatalement ce résultat. (*Archiv. de méd.*, octobre.)

Tumeurs de la vessie. Le développement considérable donné à cette question en Angleterre par le nouveau procédé de lithotomie périnéale de sir H. Thompson, pour l'exploration de la vessie chez l'homme (V. Vessie, 1882), tend à rendre les tumeurs de cet organe de plus en plus justiciables de la chirurgie. Les exemples s'en comptent déjà par douzaines. Dans les tumeurs malignes, les symptômes ont commencé par une miction douloureuse ; l'hématurie s'est montrée la première dans les tumeurs bénignes, où la douleur n'apparaît que plus tard. La présence de débris, de villosités dans l'urine, peut confirmer le diagnostic. A l'apparition de ces signes, il s'agit aussitôt de pénétrer aussi facilement dans la vessie chez l'homme par l'incision que l'on y parvient chez la femme par la dilatation. Voy. Vessie.

U

ULCÈRE FARCINEUX. Les rapprochements étroits créés par l'anatomie pathologique et l'histologie moderne entre la morve et la tuberculose sont loin d'être confirmés par la clinique, malgré la pyémie qui leur est commune. Elle continue à signaler des différences tranchées entre

elles, comme le cas récent d'ulcère farcineux, développé sur le bras d'un jeune soldat, en pansant des chevaux morveux, en a offert l'exemple. Entré au Val-de-Grâce le 12 octobre 1880, dans le service du professeur Gaujot, il dut subir d'abord l'amputation d'un doigt, puis celle du bras tout entier, par la persistance et l'extension croissante des ulcérations résistant à tous les lavages antiseptiques, les ruginations et les cautérisations. L'apparition d'un abcès à la cuisse gauche et à la région sus-claviculaire, des douleurs articulaires avec gonflement du genou et de l'articulation tibio-tarsienne étaient des menaces suffisantes pour justifier l'excision du foyer principal d'infection, comme moyen extrême de sauver la vie. L'inoculation du pus à un âne, faite par M. Arloing, de Lyon, en février 1881, ayant produit la morve, le diagnostic était incontestable.

Tout en révélant la présence d'un certain nombre de tubercules dans le tissu de l'ulcération aux dépens des vaisseaux même, un examen histologique minutieux de la pièce anatomique a montré que ces tubercules, loin d'être la lésion unique et caractéristique de l'ulcère farcineux, n'en étaient qu'un produit contingent et accessoire. Un virus spécial ou un microbe paraît être la source principale de ce mal. L'épaisseur des cloisons inter-musculaires, la dégénérescence graisseuse et vitreuse des fibres striées, l'inflammation chronique des parois vasculaires se distinguent d'ailleurs dans le farcin chez l'homme. (*Journ. de l'anat. et la physiologie*, n° 1.)

URINES. *Acide picrique*. Il est donné comme le réactif par excellence de l'albumine et du sucre dans l'urine, par le docteur G. Johnson. Sa valeur n'a pas été justement appréciée, d'après lui. Il peut être employé sous forme d'une solution aqueuse saturée, en en dissolvant les cristaux dans cinquante fois leur volume d'eau bouillante, ou de poudre bien conservée dans un étui. La solution, répandue à la surface de l'urine, produit l'opalescence que l'acide nitrique ne provoque pas. La poudre, en s'y dissolvant, la détermine de même. Cet acide accuse ainsi la présence très minime d'albumine et de sucre dans les urines normales. (*Clin. Soc. of London*, 9 mars.) La simplicité et la précision de ce réactif doivent le faire préférer à beaucoup d'autres.

Urines myosuriques. Elles proviennent ordinairement de malades offrant des symptômes propres à faire soupçonner l'existence d'un diabète glycosurique. M. Dannecy, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, en a constaté les caractères suivants : Forte coloration rouge jaune ; densité oscillant entre 1025 et 1029 ; absence de sucre ; acidité faible ; coloration en noir des vases d'argent servant à l'ébullition ; coloration en brun de la liqueur cupro-potassique. Elles annihilent l'action de l'iode sur la solution d'amidon, propriété servant à doser la quantité de soufre non oxydé qu'elles renferment et s'élevant parfois jusqu'à 60 grammes par litre, d'après le procédé sulfuro-métrique de Dupasquier modifié par Filhol.

Il reste à rechercher l'origine de ce soufre, les symptômes morbides et les lésions anatomiques auxquels il se rattache. Ces caractères formeraient ainsi une quatrième variété de diabète : le *diabète myosurique*. (*Bull. de thérap.* février.)

Urines ammoniacales. *Acide chlorhydrique.* Un gramme de cet acide par litre d'urine suffit expérimentalement, d'après M. Richet fils, à empêcher la fermentation ammoniacale *in vitro* pendant trois semaines. On prolonge cette absence de décomposition en doublant, quadruplant et sextuplant la quantité d'acide, au point de pouvoir la neutraliser dans les fosses publiques avec une faible dépense. Quant à la vessie, des expériences faites sur l'homme n'ont amené que de mauvais résultats à l'hôpital Necker, tandis que les injections de sublimé en donnent d'excellents. (*Soc. de biol.*, 5 juin.)

Etude expérimentale et clinique sur la transformation ammoniacale des urines, spécialement dans les maladies des voies urinaires ; thèse inaugurale par le docteur Guiard, ancien interne des hôpitaux, Paris, mars 1883. Le prix Civiale accordé à ce travail en indique assez la valeur. Il tranche la question si controversée de la cause de l'ammoniurie. Attribuée exclusivement à la présence et au développement d'un microbe, selon les panspermistes, dont le cathétérisme serait même l'agent d'introduction d'après M. Pasteur, elle est rapportée à différentes maladies par les cliniciens. La cystite en serait la principale, d'après le

professeur Guyon. L'urine d'un calculeux devenait ainsi ammoniacale à la suite d'une marche trop longue et redevenait acide sous la seule influence du repos et de la médication calmante. La cystite serait donc la cause productrice du petit ferment ammoniacal de l'urée rendu incontestable par sa présence.

Le concours simultané des deux facteurs, les microbes et la cystite, est indispensable, suivant l'auteur, à la transformation ammoniacale de l'urine. En déterminant expérimentalement la cystite sur des animaux mis à l'abri des germes de l'air, l'acidité persiste indéfiniment; mais, si l'on introduit le microbe ou le ferment, la transformation alcaline ou ammoniacale est immédiate. Au contraire, la présence du microbe ou l'injection du ferment dans une vessie saine est incapable de produire une ammoniurie durable.

La preuve en est faite même à l'extérieur par l'addition de pus, de peptone ou de substance albuminoïde, à l'urine normale exposée à l'air. Elle devient ammoniacale en deux jours, tandis que, privée de ces substances, son acidité persiste plus de quinze jours dans le même milieu. Si le microbe provoque la fermentation de l'urine, l'inflammation est donc indispensable. Si les pyélo-néphrites suppuratives s'accompagnent très rarement d'urine ammoniacale, malgré le terrain si favorable que le pus offre au ferment, c'est en entraînant une diminution parfois excessive de l'urée, c'est-à-dire de la matière fermentescible. Cette diminution, souvent absolue, est surtout relative, en raison de la polyurie qui est constante en l'absence de fièvre.

L'ammoniurie n'a par elle-même aucune conséquence grave. Elle n'est la cause ni des abcès urineux, ni des complications de cystite et de néphrite qui succèdent parfois au cathétérisme, ni même des accidents généraux désignés sous le nom d'ammoniémie et que l'on rangerait plus justement dans la septicémie.

Le danger vient exclusivement des lésions, surtout quand elles ont envahi la substance rénale. Au lieu de contre indiquer les opérations nécessaires, l'ammoniurie les indique plutôt comme le seul moyen de remédier aux accidents qui la déterminent et dont les injections boratées sont le meilleur adjuvant contre la cystite.

V

VACCINE. *Vaccination obligatoire.* Il s'est trouvé au parlement anglais deux membres pour appuyer la motion d'abolir cette loi régnante et surtout les amendes successives et continuelles infligées à ceux qui ne s'y conforment pas. Mais, après les explications statistiques données par le ministre sur les bons effets de la vaccine, démontrés par la diminution croissante de la variole, il ne s'est trouvé que 16 voix affirmatives contre 286 négatives pour y donner suite. L'amendement suivant de sir Lyon Playfair a été admis au contraire à l'unanimité :

« Considérant que, la mortalité dans les cas de variole ayant beaucoup diminué depuis la pratique de la vaccination, il est absolument nécessaire, pour assurer le service de cette vaccination et par conséquent empêcher la dispersion de la variole ainsi que ses désastreuses conséquences, de posséder une loi formelle, mais susceptible de subir les modifications que peut suggérer l'expérience. »

Avis aux nations voisines.

Contre l'obligation dont ils sont menacés, par la faible majorité qui a fait rejeter la loi récente à cet égard, les anti-vaccinateurs suisses ont formé une *Ligue internationale* déniant à l'Etat moderne le droit de décréter la vaccination obligatoire, sans porter une grave atteinte aux droits des parents et à la liberté personnelle des citoyens. Ne reconnaissant pas les bienfaits patents de la vaccine sur la diminution de la variole et le danger des non vaccinés pour la produire, elle formule une série de 10 demandes *à priori*, comme si rien n'avait été observé jusqu'ici et démontrant l'ignorance volontaire de ceux qui les font. Supposant tous les accidents et les maladies possibles par la vaccine, ils demandent une enquête préalable sur ces suites ou effets nuisibles du virus vaccin, afin de donner le droit aux victimes à réclamer des dommages-intérêts. C'est donc un parti pris de nier et contester l'expérience universelle reposant sur des faits et des chiffres incontestables, en faveur d'idées préconçues et de théories injustifiables. Des esprits aveugles ou systématiques, passionnés, peuvent donc seuls se rallier à une telle ligue.

Revaccinations obligatoires. La circulaire ministérielle, prescrivant cette obligation dans les maisons d'éducation comme elle est pratiquée dans toutes les armées, a trouvé également un protestataire. Le docteur Ancelot, député de Nancy, proteste énergiquement contre cette atteinte à la liberté individuelle, dont les conséquences seraient funestes, à son avis, pour la santé publique. Ce n'est pourtant pas que les témoignages contraires manquent. Au collège Sainte-Barbe, où il pratique la revaccination toutes les fois que cela lui est possible, le docteur Bucquoy n'a pas observé un seul cas de variole depuis dix ans.

Supériorité du vaccin jennérien. Sur 521 revaccinations pratiquées par le docteur Armaingaud dans les lycées et pensionnats de Bordeaux, il a obtenu 223 succès complets, soit 43 pour 100; la proportion a été de 30 sur 262 revaccinations faites avec le vaccin animal, tandis qu'elle s'élevait à 50 avec le vaccin humain. D'où la préférence à donner à celui-ci pour être certain que le défaut de pustulation tient bien à la persistance de l'immunité variolique. Le vaccin animal ne paraît pas réussir aussi bien pour les revaccinations des adolescents et des adultes que pour la vaccination chez le nouveau-né. (*Soc. méd. des hôp.*, novembre.)

Vaccine congénitale. La transmission positive de la variole de la mère au fœtus, dans quelques cas authentiques, montrait bien que le germe de la maladie traversait le placenta. Mais les expériences sur les animaux de Brauell en Allemagne, de Davaine en France surtout, ayant démontré que la bactéridie charbonneuse ne passe pas de la mère au fœtus par l'impossibilité de transmettre directement le charbon de cette manière, on est retombé dans le doute. Le crédit dominant de celles-ci a même fait négliger, oublier l'observation clinique, et il fut admis que le placenta était une barrière infranchissable aux éléments figurés, aux microbes.

Ces expériences elles-mêmes viennent de démontrer l'instabilité de leurs résultats. Appelant des expériences de Davaine à d'autres expériences plus précises, le trio vétérinaire de Lyon a constaté au contraire que les bactéridies du charbon symptomatique pouvaient traverser le

placenta et se rencontrer dans le sang des fœtus des brebis atteintes. Et le docteur Chambrelent, inoculant aussitôt le microbe granuleux du choléra des poules à des lapines pleines, a bientôt constaté qu'il se retrouvait dans le sang des fœtus. Or ce microbe, par son extrême ténuité, se rapproche davantage des éléments microscopiques figurés, rencontrés dans les humeurs virulentes de la vaccine, la variole et la clavelée ; il peut donc passer plus facilement à travers la circulation utéro-placentaire. Il ne se trouve cependant qu'en très petite quantité chez le fœtus. D'où l'explication des cas rares de variole fœtale, c'est-à-dire de vaccine congénitale, qui, confirmés ainsi par l'expérimentation, ne peuvent plus être mis en doute. Elle a d'ailleurs été établie directement par l'auteur.

7 femmes revaccinées avec succès au dernier mois de leur grossesse ayant eu leurs enfants vaccinés ensuite, 4 se sont montrés réfractaires à la vaccination, qui a réussi chez 3 seulement. Au contraire, sur les enfants de 31 femmes revaccinées sans succès, la vaccination n'a manqué que sur 3, soit un dixième seulement, preuve que la revaccination avec succès de la mère agit le plus souvent sur l'enfant qu'elle porte par le passage des éléments figurés du vaccin à travers le placenta.

La vaccination d'une femme enceinte peut donc conférer l'immunité vaccinale à son enfant par cette vaccination congénitale. La résistance des nouveau-nés à des vaccinations répétées peut être le fait de leur vaccination par le sang de leur mère, soit par la revaccination ou par la variole durant la grossesse. Mais cette immunité n'est ni absolue ni constante, comme l'observation clinique et l'expérimentation le démontrent. (*Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta, suivies de considérations sur la variole fœtale et la vaccine congénitale*, par le docteur Chambrelent ; brochure in-8°, Paris 1883.)

VARIOLE. Durant les quatre premiers mois de cette année, M. Gombault a observé 28 cas intérieurs de variole dans son service de l'hôpital Saint-Antoine. Des 14 hommes atteints, 8 venaient des services de chirurgie, dont 5 de la même salle, voisine du pavillon d'isolement, et 6 des salles de médecine. Des 14 femmes, 6 venaient des salles de chi-

rurgie et 8 des salles de médecine. A une seule exception près, tous ces malades étaient depuis un certain temps à l'hôpital. Aucun ne paraissait revacciné ; il y avait même des non-vaccinés. Il n'y eut heureusement qu'une seule victime de variole hémorrhagique ; deux autres ont succombé durant la convalescence à la maladie qui les minait : phtisie et ulcère gastrique. (*Soc. méd. des hôp.*, juillet.)

Mesures hospitalières. Quatre convalescents traités pour des affections diverses à l'hôpital Tenon ayant été atteints de variole dans les trois jours de leur arrivée à l'asile de Vincennes, le défaut d'isolement absolu dans cet hôpital a été considéré comme la cause de ces cas de contagion locale. Mais le docteur Rathery a montré que les varioleux provenant des divers hôpitaux sont aussi nombreux. D'ailleurs, trois malades envoyés à l'hôpital Tenon comme varioleux ne l'étaient pas réellement et avaient couru le danger sérieux de la contagion par leur séjour de vingt-quatre heures dans la salle. D'où la demande de salles d'attente, annexées au service des varioleux, pour tenir certains malades suspects en observation. Il y a autant de danger de contaminer une salle entière de malades en y conservant un varioleux suspect que de le diriger dans un service de varioleux. De là la nécessité de faire examiner ces malades avec le plus grand soin par l'interne de garde à leur arrivée.

L'ouverture d'un asile spécial de convalescence est également réclamée pour les varioleux qui ne veulent pas toujours subir la durée de l'isolement nécessaire de quarante jours au minimum. Il est impossible de leur imposer un aussi long séjour, surtout quand, par le traitement éthéro-opiacé, la période de suppuration est courte et atténuée. Se croyant guéris après vingt-cinq à trente jours, ils demandent à quitter l'hôpital, tout en étant encore dangereux pour la santé publique. Un système de quarantaine est donc indispensable. Un pavillon d'isolement à l'asile de Vincennes y suffirait.

La création de chambres payantes pour les varioleux de la classe aisée est une autre mesure indispensable, en présence des mesures de police sanitaire pouvant les obliger à quitter l'hôtel où ils se trouvent. Ce n'est que par ces

mesures, jointes à la revaccination obligatoire du personnel du service d'isolement, que l'on pourra mettre fin à ces cas de contagion involontaire et imprévue. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 juin.)

Ces mesures sont d'autant mieux justifiées que chaque année de jeunes étudiants en médecine non revaccinés sont atteints de la variole dans les hôpitaux. (V. Nécrologie.) Un étudiant l'a ainsi contractée tout récemment à l hôpital Laennec et en est mort. D'où l'indication pour les chefs de service d'imposer la revaccination à leur personnel et de la recommander à tous ceux qui suivent leurs visites. Ils ont toute autorité et pouvoir à cet effet.

Isolement. Une mesure de protection mutuelle contre la transmission de la variole vient d'être adoptée par les ouvriers employés dans les magasins de MM. Tangye, de Birmingham. Une taxe variant de un sou à quatre par semaine, suivant le montant des salaires, est prélevée sur chacun, pour former un fonds de réserve, placé entre les mains d'un comité d'ouvriers. L'un d'eux est-il atteint de variole ou habite-t-il une maison où elle règne, il n'a qu'à rester chez lui, et, contre un certificat médical constatant le fait, sa paye hebdomadaire lui est adressée dans une lettre chargée, jusqu'à ce qu'il soit constaté qu'il ne peut plus transmettre la maladie. Sa propagation est ainsi prévenue, en empêchant de cacher le mal par la crainte de perdre son travail. Tous les grands ateliers industriels devraient imiter cet exemple de prudence.

Mortalité à Londres. Le dernier rapport officiel pour 1882 donne une mortalité totale de 432, — contre 2367 en 1881, — formant une moyenne annuelle de 0,11 par 1000 habitants. Cette mortalité de 1882 est la plus basse qui ait encore été relevée à raison de l'épidémie précédente. De 1838 à 1881 inclus, la mortalité totale, ayant été de 47 936, donne une proportion annuelle de 0,40 par 1000 habitants, soit presque trois fois plus considérable que celle de l'année dernière.

Mortalité en Bavière. Introduite de la France en Bavière en 1871, l'épidémie de variole atteignit 30 712 personnes, représentant l'énorme proportion de 68 pour 100 de la po-

pulation, c'est-à-dire beaucoup plus qu'en France même. Des vaccinés, 13,6 pour 100 succombèrent et 8,2 seulement des revaccinés, tandis que la proportion s'éleva à 60,2 parmi les non-vaccinés. Voici, d'après le rapport officiel du docteur Kirchensteiner, quelle a été cette proportion depuis :

	VACCINÉS.	REVACCINÉS.	NON VACCINÉS.
1877.....	10,8	8,2	53,1
1878.....	11,8	8,1	39,5
1879.....	13,6	»	41,1
1880.....	12,8	12,2	37.0
1881.....	10,3	8,1	48,3

Variole hémorrhagique. *Essence de térébenthine.* Employée dans trois cas par le docteur Jenna (de Buenos-Ayres) : un jeune homme, une femme tuberculeuse et un vieillard de soixante-huit ans, cette médication a donné trois guérisons. Conjointement avec l'usage du jaborandi ou la pilocarpine, les malades consommaient jusqu'à 6 grammes d'essence en vingt-quatre heures sous la formule suivante :

℞	Emulsion gommée.....	120 grammes.
	Essence de térébenthine.....	6 —
	Sirop de groseilles.....	30 —
	Essence de menthe.....	1 goutte.
M.		

Une cuillerée toutes les heures, que l'on peut remplacer par les perles de térébenthine.

L'hématurie, symptôme initial de la variole noire et du purpura, en a été supprimée. S'il y a hématémèse ou intolérance gastrique, l'usage de la glace, et de préférence une infusion de jaborandi glacée, y met fin. Les pertes ou épistaxis utérines, si fréquentes chez les femmes, en sont aussi arrêtées, en instituant ce traitement dès le début. Il faut même le continuer, en diminuant les doses jusqu'à la desquamation, pour prévenir la pneumonie hypostatique qui entraîne si souvent la mort. (*Progrès méd.*, octobre.)

Varicelle gangréneuse. Un cas paraît s'en être offert chez un enfant d'un an apporté à l'hôpital Saint-Georges, en mars dernier. Faible et maladif depuis sa naissance, il

avait été vacciné seulement au mois de janvier précédent, et la vaccine évolua normalement. Mais une éruption de boutons rouges, comme une tête d'épingle, sur la face, la poitrine et le ventre se manifesta huit jours avant l'admission. A l'examen, le docteur Warrington Howard trouva le corps sale, misérable, mal nourri, pesant 6 livres et demie seulement. De larges croûtes profondes et circulaires, résultant de la confluence de plusieurs ulcères, existaient sur différentes parties du cuir chevelu et la face. Une série de plaques gangréneuses, noires, circulaires, d'un demi-pouce à un pouce de diamètre et parfois confluentes, s'étendaient sur la poitrine, les fesses et surtout le ventre, avec couleur rouge foncé de la peau environnante. De petites croûtes comme dans la varicelle, avec des vésicules et des papules, se rencontraient aussi sur le tronc et les membres.

Cette éruption multiforme accompagnée de nausées fréquentes, pouls rapide et faible, température à 104° Fahr., avec matité à la base du poumon gauche, amena la mort le quatrième jour, sans que l'autopsie ait éclairé le diagnostic. Les plaques gangréneuses de l'abdomen comprenaient toute l'épaisseur de la peau, et plusieurs petits abcès secondaires se rencontraient dans les poumons, avec 60 grammes de liquide purulent dans la plèvre gauche. C'est donc une pyémie consécutive à la varicelle.

VERRUES. Il est souvent embarrassant pour le praticien le plus savant et le plus renommé de satisfaire à qui lui demande un remède indolore pour faire disparaître sans danger ces excroissances incommodes et disgracieuses des mains en particulier. Voici un *stock* de moyens divers, qui lui permettront de choisir, suivant les cas et les individus, par la facilité même de leur application.

Magnésie. Le professeur Fonssagrives, de Montpellier, est l'initiateur de ce singulier moyen, signalé dans ses *Leçons d'hygiène infantile*, d'après Lambert, de Haguenau, qui en observa le premier les bons effets. Une malade, atteinte d'une gastralgie qu'il traitait avec la magnésie, avait des verrues confluentes sur les mains, qui disparurent spontanément sous l'influence de ce traitement, facile et absolument sans nocuité.

Confirmé par divers auteurs français et étrangers ayant employé ce moyen, ce succès a été de même obtenu par le savant professeur chez une petite fille dont les mains, les doigts et jusqu'à la figure étaient couverts de ces vilaines excroissances. Différents moyens avaient été inutilement essayés, excision, cautérisation. Une pincée de magnésie fut prescrite et prise chaque jour. Deux mois et demi après, les verrues, arrêtées dans leur développement et leur pullulation, avaient fini par se flétrir, s'exfolier et disparaître.

L'épreuve concluante en a été faite d'après cette indication par le docteur Guenot, de la Côte-d'Or. Un gaillard de vingt ans vient avec sa mère lui demander de l'eau-forte, pour brûler les verrues dont ses mains étaient couvertes. Elles avaient débuté un an auparavant, et il y en avait déjà de la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une tête d'épingle. C'était une véritable éruption.

En délivrant l'acide nitrique, prescription expresse fut faite de ne toucher que la pointe des plus volumineuses de la main gauche exclusivement, tous les quatre ou cinq jours seulement. Des paquets de magnésie calcinée furent remis en même temps, avec ordre d'en prendre un tous les matins.

Huit jours après, les verrues s'affaissent, se dessèchent, et après un mois de traitement, le 17 janvier 1883, il n'y en a plus sur la main droite, non cautérisée. Des taches blanchâtres sans saillie, mais un peu indurées, en sont les seules traces. Trois verrues bien nettes, très petites, existent encore à gauche, où les plus grosses, cautérisées, en portent la trace jaunâtre caractéristique. La différence est ainsi très sensible en faveur de la magnésie sur la cautérisation dans ce cas. 60 centigrammes de magnésie pris chaque jour pendant un mois achèvent la guérison. Il serait intéressant d'essayer ce traitement sur les autres productions épithéliales. (*Bull. de thérap.*, mars.)

Un garçon de huit ans présentait 25 à 30 verrues sur chaque main depuis deux ans et une autre à la commissure labiale, extrêmement gênante. Le père et les grands-parents en avaient eu également. Des cautérisations argentiques et caustiques, suivies d'abrasions partielles, avec applications de savon noir, furent pratiquées sans succès aucun par le docteur J. Lucas-Championnière, du mois de septembre 1882

au mois d'avril suivant. 50 centigrammes de magnésie calcinée furent alors prescrits à prendre chaque jour. L'effet laxatif fut assez léger et passager ; quinze à vingt jours après, la verrue labiale diminuait sensiblement et disparut bientôt. Celles des mains suivirent la même décroissance, en continuant le traitement pendant deux mois. Le 25 juin, la disparition était complète, sauf un épaississement de l'épiderme à la place des plus grosses verrues. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, art. 12381.)

Emplâtre de savon noir. Une couche en étant étendue sur du papier brouillard ou de la flanelle, on en recouvre les verrues en fixant cet emplâtre avec une bande; il est laissé en place nuit et jour, si c'est possible, durant quinze jours, en le renouvelant. La verrue est alors ramollie, dissoute, dit M. Vidal, et le grattage suffit à l'enlever complètement. Et la récidive?.... (*France méd.*)

Le topique suivant est indiqué par le docteur Hyde, de Philadelphie, comme ayant une efficacité constante :

℞ Extrait de chanvre indien	0 gr.	60
Acide salicylique	1	20
Collodion	32	
M. s. a.		

Badigeonner chaque jour les excroissances avec ce mélange. (*Philadelphia med. News.*)

Les *zestes de citron*, macérés dans le vinaigre fort pendant huit jours, en changeant le liquide tous les deux jours, est le moyen dont se sert le docteur Dagand. Un morceau de ces zestes préparés, appliqué sur la verrue et renouvelé dès qu'il est sec, quatre à cinq fois de suite, durant deux jours environ, suffit à la détacher. On n'a pas alors la peine de l'arracher; on la *cueille* pour ainsi dire. Un pansement cératé sur la petite plaie cupiliforme suffit à la cicatriser en trois jours. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, art. 12339.)

Cuisson. Plus expéditif est le procédé du chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Mans, le docteur Gellier. Il transperce la base de la verrue insensible avec une épingle ordinaire, sans toucher la peau environnante, protégée avec un crayon ou du papier. La tête de l'épingle étant mise dans la

flamme d'une bougie, la verrue est littéralement cuite. Dix à trente minutes suffisent à cet effet, suivant sa grosseur et le courage du patient. On peut retirer un instant la bougie, quand la douleur est trop vive. La verrue blanchit et se crevasse, et sa base s'entoure d'un cercle rouge. La verrue vient alors au bout de l'épingle, et ce qui reste s'arrache ou se coupe. La plaie superficielle se cicatrice en deux jours sans une seule goutte de sang. (*France méd.*) Le merveilleux de ce procédé est que toutes les autres verrues, fussent-elles quinze ou vingt, tombent ensuite sans nouvelle ustion.

VESSIE. *Exploration digitale*. La nouveauté de cette opération de sir H. Thompson, décrite l'année dernière, a été vivement contestée à la *Medical and chirurgical Society*, surtout par M. Durham, à propos de la présentation de 4 nouveaux opérés de petites tumeurs polypeuses de cet organe et déterminant des hémorrhagies et des douleurs. On a prétendu que c'était là l'opération de Cock, remontant à plus de deux siècles et introduite en France sous le nom de boutonnière, pratiquée surtout contre les rétrécissements infranchissables. L'usage nouveau du cathéter en serait la seule originalité, etc.

Mais l'auteur a répondu victorieusement à ces vaines contestations qu'elle n'était ni une cystotomie ni une taille médiane, mais une simple incision périnéale, s'appliquant à des cas passés jusqu'ici inaperçus de maladies organiques de la vessie et permettant d'en élucider la nature et le diagnostic par l'exploration digitale. Sur 15 applications, il n'a rencontré que cinq cas de tumeurs, et jamais, ni à *Guy* ni à *Saint-Barthelemy hospital*, des tumeurs de la vessie n'ont été découvertes de cette manière. Ces cas étaient simplement traités par des injections styptiques. Comme règle, la sonde est introduite pour l'exploration; mais, à défaut de pouvoir la compléter dans tous les cas par ce moyen, l'incision périnéale lui est ajoutée. C'est là la nouveauté, et c'est depuis son emploi que les tumeurs fibreuses, polypeuses, fibro-cellulaires ou papillomateuses sont rencontrées beaucoup plus souvent qu'on ne le croyait auparavant.

Ces cas sont relatés dans les *Clinical Lectures* de l'auteur à l'hôpital de l'Université. (*Lancet*, février.)

Suivant Thompson, cette introduction dans la portion membraneuse de l'urèthre est toujours possible, si l'opéré est complètement anesthésié et la vessie vide. Mais l'obésité autant que l'hypertrophie de la prostate et un rétrécissement considérable du bassin sont trois conditions qui peuvent y mettre obstacle, d'après Whitehead. L'exploration digitale fut ainsi rendue impossible chez un homme de soixante-trois ans, très obèse. L'hypertrophie de la prostate s'opposa de même à l'examen chez un homme de soixante-treize ans. L'incision suffit à mettre fin à l'hématurie. M. Heath rencontra le même obstacle.

L'épreuve en a été faite en Allemagne par Rauschenbusch, à l'occasion du fait suivant. Un homme de quarante-trois ans, atteint depuis six mois d'hématuries fréquentes, avec évacuation de corpuscules de tissu mou et rouge comme une groseille, entre à la clinique le 1er juin. La palpation bi-manuelle constate une tumeur dans la partie gauche de la vessie, très molle et mobile comme une petite pomme. Après cet examen, du sang coula pendant trois jours, contenant des corpuscules de tissu cellulaire recouvert d'épithélium. Une nouvelle hémorrhagie rendant une opération indispensable, la boutonnière fut pratiquée et permit de constater avec le doigt une tumeur très molle, comme une châtaigne, attachée à gauche de la paroi supérieure par un pédicule de 7 à 10 centimètres, gros comme un fil à ligatures. Des torsions réitérées permirent l'arrachement près de l'implantation, sans perte de sang notable. Un lavage avec l'acide salicylique et une sonde à double courant laissée à demeure pendant trente-six heures suffirent à prévenir toute complication. Un mois après, l'opéré urinait sans difficulté, et, un an plus tard, la guérison se maintenait.

Sur 21 observations semblables, recueillies par l'auteur, 11 hommes et 10 femmes, 7 seulement furent suivies d'opérations, ayant donné cinq guérisons et deux décès. On se borna à un traitement interne dans les quatorze autres, et tous les malades succombèrent. Le volume variable des tumeurs égalait parfois un œuf d'oie. Elles étaient multiples dans 4 cas, et la plupart étaient situées près de l'embouchure des *uretères* ou au *trigone* vésical. Des hémorrhagies existaient constamment. La guérison n'est ainsi possible que par l'enlèvement. (*Dissert. inaug.*, Halle, 1882.)

Cette opération est évidemment exclusive à l'homme, puisque la dilatabilité de l'urèthre chez la femme permet directement l'introduction du doigt. Il paraît même qu'elle est possible instantanément sous le chloroforme, sans aucune dilatation préalable. L'incontinence d'urine, qui suit ces manœuvres plus ou moins prolongées, serait même évitée de la sorte, d'après M. Polaillon. (*Soc. de chirurgie*, mars.)

Des divers procédés employés pour l'extraction de ces tumeurs, l'uréthrotomie périnéale est de beaucoup la plus simple et la moins dangereuse. Elle est même exempte de dangers, quand le col et les parties environnantes n'ont à subir aucune contusion ni division des manipulations nécessaires. Sur 4 cas de cystotomie latérale, un seul opéré succomba à une affection maligne. 2 cas de cystotomie sus-pubienne ont donné un succès et un insuccès, et le résultat fut le même dans la combinaison des deux précédents, dans le cas de Billroth et celui de Volkmann, la cystotomie sus-pubienne avec l'uréthrotomie périnéale. Des 12 opérés de H. Thompson, dont 9 avaient plus de cinquante ans, 7 sont guéris et 5 sont morts. Une statistique de 14 cas, d'après Whitehead, donne 6 guérisons et 6 morts; une grave hématurie en fut guérie dans l'un et de vives douleurs dans l'autre. De ces 8 cas personnels, 4, suivis de l'excision de tumeurs villeuses, ont donné 2 guérisons et 2 décès, tandis qu'il y eut une seule mort dans les 4 autres exempts de tumeurs. Tous les symptômes disparurent ou furent améliorés par l'uréthrotomie périnéale, et une récidive de l'hématurie détermina seule la mort.

La modification suivante est apportée par l'auteur dans cette opération. Un gros cathéter est introduit préalablement, ou une simple bougie en cas de rétrécissement, et l'index gauche étant placé dans le rectum, en contact avec la pointe de la prostate, le bistouri, tenu de la main droite, suit la direction de l'index gauche, pour faire l'incision juste au milieu du périnée. D'où l'adjectif de *médiane* ajouté à cette uréthrotomie périnéale. L'ouverture de l'urèthre doit être suffisante pour admettre la pointe de l'index et agrandie de dedans en dehors en retirant l'instrument. Un second cathéter est alors dirigé dans la vessie par cette ouverture, tandis que l'autre est retiré, et l'index, bien graissé d'huile

phéniquée ou de vaseline, est insinué dans l'ouverture, qu'il dilate graduellement et en tournant à travers la prostate. Avec un doigt dans la vessie et la pression sus-pubienne de l'autre main, un examen complet de l'intérieur de la vessie peut être fait. L'ongle dans certains cas, la cuillère tranchante dans d'autres, les pinces ou l'écraseur peuvent ainsi servir à faire l'extraction de la tumeur par cette ouverture uréthrale.

Des 28 cas de tumeurs de toute sorte de la vessie chez l'homme, recueillis à différentes sources par Whitehead et son chef de clinique Pollard, 16 guérisons complètes et 12 morts sont résultées dans les trois mois suivants. Des récidives se sont manifestées de trois à six mois ensuite dans 3 cas. Trois fois seulement, la mort put être attribuée à l'opération par péritonite et hémorrhagie. Une dépression profonde en fut la cause dans 4 cas et l'urémie dans 2. Les résultats de cette opération peuvent donc être comparés favorablement à ceux qui suivent les plus grandes de la chirurgie. La gravité de ces cas en est la justification. (*Lancet*, 6, 13 et 20 octobre.)

Cancer. Suivant H. Thompson, cette épithète est donnée trop facilement aux tumeurs vésicales; un grand nombre d'entre elles sont opérables et curables par l'uréthrotomie périnéale. Au lieu de la pratiquer, le docteur Bazy eut recours à la taille hypogastrique chez un homme de quarante-sept ans, offrant depuis trois mois les signes d'une néoplasie vésicale à marche rapide. Une simple fistule servit à l'exploration. La vessie avait le volume d'une orange, et la tumeur, située à gauche, était sessile, ferme, élastique, non enclavée, sans aucune complication rénale ni ganglionnaire apparente. L'incision étant agrandie, la tumeur fut liée et sectionnée au ras, en raclant seulement avec l'ongle la surface d'implantation. Un tube double placé dans la vessie fut remplacé par une canule en argent et deux mois après par un bandage à pelote percée. Les souffrances furent supprimées par l'opération; mais, repris d'hématurie, le malade succomba six mois après, sans que l'autopsie en ait décelé la cause. C'est donc là un simple succès opératoire se joignant à 8 autres, sur 11 opérations pratiquées contre des tumeurs de ce genre.

L'excision en pareil cas est très controversée. H. Thompson élimine le cancer de son procédé. Comme moyen de guérison durable, il serait certainement défavorable, dit M. Whitehead; mais, comme moyen palliatif, il est susceptible d'être employé. L'hémorrhagie étant le principal danger dans ces cas, il est reconnu que la source en est plutôt à la surface ulcérée de la tumeur qu'à sa base; c'est un argument en faveur de l'opération. Il suffira d'enlever une portion de ces excroissances pour que l'origine de l'hémorrhagie disparaisse. Il en a éprouvé ce bénéfice chez une femme et deux hommes dont les tumeurs furent enlevées par la torsion et le grattage. Quoique l'excision ne fut pas complète, l'hémorrhagie, qui avait été le plus grave élément de danger, fut diminuée. Le contraire, arrivé dans l'observation ci-dessus, peut faire admettre une lésion des reins.

La boutonnière périnéale, exécutée par Avicenne pour soulager les calculeux, a bien pu être faite aussi dans le cas de cancer, en raison même de l'extrême difficulté du diagnostic. Chez une fille de vingt-deux ans, tourmentée de douleurs vésicales depuis deux ans, avec mictions incessantes, M. Marchand ayant perçu par la dilatation de l'urèthre une tumeur sessile, comme un œuf de poule, dans la paroi vésicale, recouverte par le péritoine, crut devoir s'abstenir. C'est afin de faire cesser ces épreintes vésicales que MM. Bazy et Monod sont d'avis de pratiquer la cystotomie, d'après l'exemple de l'anus contre nature dans le cancer du rectum. Reste à justifier que cette assimilation est exacte. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Formation des gaz dans la vessie. Voy. Diabète.

A study of the tumours of the bladder (Etude sur les tumeurs de la vessie), avec observations originales et planches, par le docteur Stein, chirurgien de l'hôpital de la Charité de New-York.

Ce sujet étant à l'ordre du jour, il convient de signaler un ouvrage contenant un certain nombre d'observations. Ces tumeurs sont classées en papillomes, myxomes, fibromes, myomes, carcinomes et sarcomes, dont les caractères anatomiques et certains signes cliniques et étiologiques

sont discutés. L'auteur montre que l'extraction d'une tumeur de la vessie est fréquemment suivie de succès chez la femme. Sur 23 cas, la dilatation de l'urèthre a suffi dans 17 et son incision dans 6. Il y eut 13 guérisons, 2 améliorations et 8 morts. Dans 11 cas chez l'homme, l'extraction eut lieu huit fois par le périnée, une fois par le pubis et deux fois par la cystotomie sus-pubienne. Il y eut seulement 6 succès, dont 5 à la suite de l'incision périnéale. La taille sus-pubienne est cependant préférée par l'auteur.

FIN

TABLE DES AUTEURS

Abadie. Conjonctivite granuleuse, glaucome, syphilis héréditaire.
Adrian. Quassine.
Agnew. Ostéite condensante.
Albertini. Chirurgie, rétrécissement du pylore.
Alexander. Accouchements.
Alison. Pneumonie.
Allan. Fièvres.
Alvarenga. Nécrologie.
Amat. Fièvre typhoïde.
Ancelot. Vaccine.
Andeer. Diphthérite, résorcine.
Anger. Hernie congénitale étranglée, taille sus-pubienne.
Antona (d'). Néphrectomie.
Archambault. Nécrologie.
Arloing. Pustule maligne, ulcère farcineux.
Armaingaud. Vaccine.
Arnaud. Angines depoitrine.
Arnould. Falsifications médicinales.
Artaud. Néphrites.
Arthaud. Nécrologie.
Aubert. Anesthésie mixte, chancres.
Aufrecht. Néphrites.
Austin. Phtisie.

Babès. Fièvre jaune, tuberculose.
Babesin. Tuberculose rénale.
Backwell. Leucocythémie.
Badal. Glaucome, nerfs.
Ballet. Ataxie locomotrice, goitre exophthalmique.
Balmer. Tuberculose.
Balogh. Tuberculose.
Baraban. Résections.
Barbier. Prix.
Bareggi. Fièvre typhoïde.
Baréty. Empoisonnements.
Barker. Amputation sous-périostée, hémorrhagie du rectum, luxations congénitales de la hanche.
Barnes. Nécrologie.
Bartels. Maladies des reins.
Barthélemy. Syphilis héréditaire.
Barthez. Maladies des enfants.
Bartoli. Nécrologie.
Bassi. Fièvres intermittentes.
Baugh. Prostate.
Baum. Nécrologie.
Bazy. Vessie.
Beaunis (de). Nerfs.
Beauregard. Fracture de la rotule, suture osseuse.
Befrégé. Fièvre typhoïde.
Bell (Royes). Synovite articulaire.
Belluzzi. Accouchement prématuré.
Bennett (Hughes). Phtisie.
Berger. Fracture de la rotule, gastrostomie, hernies, hydarthroses.
Bergeron. Injections de la trachée.

Berkeley-Hill. Néphro-lithotomie.
Bernheim. Fièvre typhoïde, hypnotisme, injections morphinées.
Bert (P.) Anesthésie.
Bertillon (J.) Fièvre typhoïde.
Bertillon (A.) Nécrologie.
Besnier (E.) Empoisonnements, rhumatisme cérébro-spinal, syphilis.
Beumer. Néphrectomie, rein mobile.
Beurmann (de). Eau chloroformée.
Bianchi. Hystérectomie.
Billod. Aliénation mentale.
Billroth. Drainage chirurgical, goitre, sciatique, thyroïdectomie.
Bizzozero. Sang.
Blachez. Alimentation artificielle, diphthérite, péricardite tuberculeuse, rétrécissements de l'œsophage.
Black. Phtisie.
Blackwell. Ophthalmologie.
Blanchard. Cœur.
Blanche. Nécrologie.
Block. Chirurgie du poumon.
Block (E.) Tuberculose de la choroïde.
Blum. Gastrostomie, leucocythémie.
Bocquillon. Nécrologie.
Bordet. Ophthalmologie.
Bordier. Diabète.
Borsini. Hystérectomie.
Bouchard. Rhumatisme, introduction.
Bouchardat. Diabète, hygiène, tuberculose.
Bouchut. Thérapeutique.
Bouilly. Chirurgie, fistule pleurale, hernies gangrénées, tuberculose chirurgicale.
Bouley. Lathyrisme.
Bouley (E.) Taille sus-pubienne.
Bourcy. Rhumatisme.
Bourdon. Localisations cérébrales.
Bourlier. Lathyrisme.
Bourneville. Epilepsie.
Boutequoy. Exercice.
Bowlbey. Nerfs.
Bowman. Prix.
Bradford. Hystérie.
Braine. Alimentation artificielle.
Brault. Néphrite albumineuse.
Braun. Fièvre puerpérale.
Brémaud. Hypnotisme.
Brémont. Empoisonnements.
Broca. Fièvre hectique, phtisie.
Brouardel. Ordonnances.
Broussin. Taille sus-pubienne.
Brown (Walter). Hernies.
Brown-Sequard. Anesthésie.
Bruen. Phtisie.
Bruns. Nécrologie.
Brunton. Physiologie.
Bryant. Fracture de la rotule.
Buchanan. Empyème.
Buchner. Phtisie.
Buck. Ostéite condensante.
Bucquoy. Kystes hydatiques.
Budin. Cœur.
Bufalini. Prix.
Burdon-Sanderson. Physiologie.
Buret. Rein mobile.
Butlin. Glossite chronique.
Buzzard. Nerfs.
Byasson. Nécrologie.
Byers. Fièvre typhoïde.

Cabot. Tumeurs abdominales.
Cadier. Phtisie laryngée.
Calderini. Hystérectomie vaginale.
Camentron. Pleurésie.
Campana. Blennorrhagie.
Campardon. Quassine.
Campbell. Aliénation mentale.
Capitan. Pustule maligne.
Capuron. Prix.
Caradec. Nécrologie.
Carrière. Nécrologie.
Cartaz. Localisations cérébrales.
Catillon. Alimentation artificielle, fièvre typhoïde.
Cayla. Diabète.
Cazin. Rachitisme.
Cerné. Gangrène.

Chalot. Hystérectomie.
Chamberlan. Grossesse.
Chambrelent. Vaccine congénitale.
Champneys. Trachéotomie.
Chanbuzian. Accouchements.
Chandelux. Synovite fongueuse.
Charcot. Ataxie locomotrice, épilepsie partielle, hystérie, localisations cérébrales, ophthalmologie, sclérose, torticolis.
Charpentier. Hypnotisme.
Charrin. Pustule maligne.
Chaudé. Ordonnances.
Chauffard. Fièvre typhoïde.
Chauvel. Fracture de la rotule, kystes hydatiques, nerfs.
Cheize. Anesthésie locale.
Chéron. Kystes des grandes lèvres.
Chiara. Accouchement prématuré.
Chrétien. Nerfs.
Chvostek. Sclérose.
Civrieux. Prix.
Claudot. Nécrologie.
Clifford-Allbutt. Péricardite.
Cloquet. Nécrologie.
Cochez. Phtisie.
Cohadon. Albuminurie syphilitique.
Collache. Conjonctivite granuleuse.
Collier. Leucocythémie.
Collin. Drainage chirurgical, rétrécissement de l'œsophage.
Colomiatti. Nécrologie.
Colon. Ovariotomie.
Comby. Pleurésie purulente.
Concato. Angines.
Contour. Nécrologie.
Coppinger. Fracture de la rotule.
Cornevin. Pustule maligne.
Cornil. Conjonctivite, néphrite albumineuse, tuberculose.
Cortese. Nécrologie.
Cotton. Phtisie.
Cousins (Ward). Injections sous-cutanées.
Coutagne. Grossesse.
Cowell. Luxations congénitales de la hanche.
Crédé. Sang.
Curling. Thyroïdectomie.
Curtis. Blennorrhagie.
Czerny. Cancer du rectum.

Dagand. Verrues.
Damaschino. Paralysies syphilitiques.
Dana. Cœur.
Dannecy. Urines myosuriques.
Daremberg. Phtisie, tuberculose.
Daudet. Prix.
Dautreville. Alimentation artificielle.
Davesac. Phtisie.
Day. Epilepsie traumatique.
Debove. Empyème, phtisie, rétrécissements de l'œsophage.
Déjerine. Ataxie locomotrice.
Delafield. Fièvre typhoïde.
Delens. Kystes de l'ovaire.
Deligny. Accouchements.
Demange. Diabète, hémiplégie.
Demons. Epilepsie traumatique, hystérectomie vaginale.
Deneffe. Ophthalmologie.
Deniau. Hystérie.
Denis-Dumont. Calculs.
Depaul. Nécrologie.
Desnos. Torticolis.
Despagnet. Syphilis oculaire.
Desplats. Arthrite cervicale, ataxie locomotrice.
Desportes. Prix.
Després. Fracture de la rotule, hernies, taille sus-pubienne, thérapeutique.
Dewèvre. Phtisie.
Dickinson. Diabète.
Diday. Blennorrhagies, chancres.
Didion. Fièvre typhoïde.
Dieu. Kystes hydatiques.
Domerc. Nécrologie.
Donaldson. Polypes du nez.
Doran. Kystes.
Douglas-Powell. Trachéotomie.
Doyen. Adénopathie syphilitique.
Drasche. Kairine.
Dreyfous. Diabète.

Dreyfus-Brisac. Diabète.
Drouineau. Nécrologie.
Dubar. Ostéite.
Ducastel. Angines, purpura.
Ducau. Phtisie laryngée.
Duchastelet. Taille sus-pubienne.
Dudon. Hystérectomie vaginale.
Duguet. Angines, purpura.
Dujardin. Grossesse.
Dujardin-Beaumetz. Alimentation artificielle, angines de poitrine, transfusion.
Duke. Accouchements.
Dumas. Accouchements.
Duménil. Fistule vésico-intestinale.
Dumont. Nécrologie.
Dumontpallier. Empyème, hypnotisme, transfusion.
Duncan (M.) Diabète puerpéral.
Duplaix. Purpura.
Duplay. Rétrécissements de l'urèthre, tumeurs conjonctives.
Dupont. Hernies.
Durand. Enseignement.
Durand-Fardel. Eaux.
Durham. Vessie.
Dutertre. Accouchements.
Duthil. Ataxie locomotrice.
Duval. Fièvre typhoïde.
Duval (Mathias). Nerfs.

Earle. Aliénation mentale.
Ernst. Tuberculose.
Esbach. Diabète.
Esmarck. Cancer du sein.
Eulenberg. Ataxie locomotrice.
Ewald. Kairine.

Fabrizio. Prix.
Falret. Prix.
Farr. Nécrologie.
Faucon. Gastrostomie, hémorrhoïdes.
Faye. Jurisprudence.
Felizet. Diabète, taille sus-pubienne.
Féré. Grossesse, ophthalmologie, taille sus-pubienne.
Féréol. Angines, rhumatisme.
Fergusson. Tuberculose.
Féris. Dyspnée, hémiplégie.
Fiedler. Péricardite.
Fiessinger. Albuminurie gravidique.
Filehne. Fièvres, kairine.
Filhol. Nécrologie.
Fioranni. Sciatique.
Fischer. Kairine.
Fissiaux. Chancres.
Flint. Auscultation.
Folet. Cellulite péri-tendineuse, falsifications médicinales.
Fonssagrives. Verrues.
Formad. Tuberculose.
Fort. Hystérectomie.
Foster. Physiologie.
Foucher. Ophthalmologie.
Fournier (A.). Albuminurie syphilitique, syphilis, — héréditaire, — oculaire.
Fournier. Jurisprudence.
Fourrier. Dyspnée.
Fraentzel. Tuberculose.
Franck (F.) Anesthésie mixte, épilepsie partielle.
Francotte. Dyspnée salicylique.
Frankenhauser. Anémie pernicieuse.
Franzolini (d'Udine). Hystérectomie.
Franzolini (de Turin). Leucocythémie.
Freire. Fièvre jaune.
Frerichs. Diabète, tuberculose.
Freymuth. Cœur.
Friedreich. Hystérie.
Fritsch. Hystérectomie vaginale.
Fritz. Rhumatisme.
Fronmuller. Hypnotisme.

Gaillardot. Nécrologie.
Gailleton. Albuminurie syphilitique.
Galbraith. Accouchements.
Galbrett. Rhumatisme.
Galezowski. Ataxie locomotrice. ophthalmologie, syphilis oculaire.
Ganzinotti. Empoisonnements.
Garnier. Onanisme.
Gaucher. Anémie saturnine.

GAUJOT. Ulcère farcineux.
GEGENBAUR. Nerfs.
GELLÉ. Angine rhumatismale.
GELLIER. Verrues.
GENTILHOMME. Thérapeutique.
GERHARDT. Hystérectomie vaginale.
GERMONT. Aliénation mentale.
GIBERT. Cœur, rachitisme.
GILLES (de la Tourrette). Syphilis.
GIOVANNI (DE). Hypnotisme.
GIRAT. Kairine.
GIRAUD. Aliénation mentale.
GODARD. Prix.
GOIX. Rhumatisme cérébro-spinal.
GOMBAULT. Variole.
GOSSELIN. Ostéite, pansements.
GOUGUENHEIM. Aphonie nerveuse, dyspnée laryngienne, injections, phtisie laryngée, syphilis.
GRANCHER. Pneumonie.
GREEN (King). Gastrostomie.
GREFFIER. Epilepsie partielle.
GRÉHANT. Empoisonnements.
GREIG SMITH. Ovariotomie.
GROGNOT. Névralgies.
GROSS. Prostate.
GUELLIOT. Hémorrhagie dentaire, maladies.
GUÉNIOT. Abcès.
GUÉNOT. Verrues.
GUERDER. Alimentation artificielle.
GUIARD. Diabète, rein mobile, urines ammoniacales.
GUSSENBAUER. Cancer du sein, kyste du pancréas.
GUSTIN. Diphthérite.
GUYON. Blennorrhagie, diabète, rétrécissements de l'urèthre, taille sus-pubienne, urines ammoniacales.

HACHE. Empyème.
HAHN. Rein mobile.
HALBOUT. Anesthésie locale.
HALLOPEAU. Fièvres, kairine.
HAMILTON (H.) Fractures.
HAMMOND. Epilepsie traumatique, prix.
HAMONIC. Blennorrhagie.
HANOT. Purpura hémorrhagique, tuberculose chirurgicale.
HARDY. Albuminurie syphilitique, fièvre typhoïde, maladies.
HARRIS. Néphrectomie.
HARRISON (R.) Abcès urineux, fistule vésico-intestinale, néphrectomie, prostate.
HART (Mme). Sang.
HARTMANN. Purpura hémorrhagique.
HAYEM. Diabète, sang.
HAYES. Spina-bifida.
HAYNES. Onanisme.
HEATH. Fracture de la rotule, luxation de l'épaule, vessie.
HEGNER. Accouchements.
HELFERICH. Greffe musculaire.
HÉNOCQUE. Anesthésie locale, sang.
HENRIET. Fracture de la rotule.
HENROT. Ataxie locomotrice, étranglements.
HENRY (Mme). Accouchements.
HÉRON. Phtisie.
HERRGOTT fils. Accouchements.
HEUBNER. Diphthérite expérimentale.
HEURTAUX. Kystes dermoïdes sublinguaux.
HEYDENREICH. Ostéite névralgique.
HIGGUET. Néphrectomie.
HILES. Paralysies saturnines.
HODGES. Hydarthrose indolore.
HOLMES. Nerfs.
HOMOLLE. Nécrologie.
HOMOLLE (Georges). Nécrologie.
HORTELOUP. Rachitisme.
HOWSE. Néphro-lithotomie.
HUCHARD. Angines de poitrine, arthritisme, grossesse, quebracho.
HUE. Chirurgie.
HUGHES. Prostate.
HUGUENY. Tuberculose.
HURD. Cœur.
HUTINEL. Fièvre typhoïde.
HYDE. Verrues.

IKELTON-HILL. Blennorrhagie.

Israel. Néphrectomie, néphrolithotomie.

Jaccoud. Fièvre typhoïde, torticolis.
Jackson (R.) Hystérectomie vaginale.
Jaffé. Hernies gangrénées.
Jamin. Blennorrhagie.
Jenna. Variole hémorrhagique.
Johnson (G.) Urines.
Jolyet. Sang.
Julliard. Goitre, thyroïdectomie.

Kaulich. Diphthérite.
Kelly. Acide phénique.
Kemhadjiam-Mihram. Albuminurie.
Kempner. Phtisie.
Kerckoven. Nécrologie.
Kiéner. Ostéite tuberculeuse.
Kingstown-Fowler. Trachéotomie.
Kirchensteiner. Variole.
Kirmisson. Kystes hydatiques.
Knapp. Empoisonnements, ostéite condensante.
Knoeri. Médecine.
Knowsley-Thornton. Néphrectomie.
Koch (P.) Tuberculose.
Koch (Wilhelm). Chirurgie.
Kocher. Goitre, pansements, thyroïdectomie.
Koenig. Résection du poignet.
Kohler. Résection du pylore.
König. Ovariotomie.
Krishaber. Nécrologie.
Kummel. Pansement inorganique.
Kunze. Médecine.
Kuster. Cancer du sein, résection de la hanche.

La Bate. Acide phénique.
Labbé (L.) Fracture de la rotule, gastrostomie, hémorrhoïdes, thyroïdectomie.
Labbé (E.) Kystes hydatiques.
Laborde. Falsifications médicinales, hypnotisme, pansements.
Labric. Abcès abdominaux.
Lacombe. Falsifications médicinales.
Lajartre. Jurisprudence.
Lalesque. Trachéotomie.
Lallement. Blennorrhagie.
Lancereaux. Arthritisme, bronchite fétide, empyème.
Landouzy. Angines, ataxie locomotrice, phtisie, tuberculose.
Langenbeck. Cancer du sein.
Langenbuch. Calculs.
Lannelongue. Kystes lymphatiques du cou.
Larcher. Fracture de la rotule.
Lardier. Jurisprudence.
Larger. Gastrostomie, ostéite, ostéo-périostite.
Larrive. Eau oxygénée.
Laschkewitsch. Diabète.
Lasègue. Nécrologie.
Lassar. Chancres.
Lauenstein. Résection de l'astragale.
Lawson Tait. Calculs, chirurgie, maladies des ovaires.
Le Bec. Thyroïdectomie.
Leblond. Chancres.
Lecadre. Nécrologie.
Lecoq. Ataxie locomotrice.
Lecoq. Nécrologie.
Le Dentu. Abcès sous-hyoïdiens, néphrectomie.
Lefèvre. Prix.
Le Fort. Anesthésie, épilepsie traumatique, étranglements, fracture de la rotule, néphrectomie.
Lefranc. Accouchements.
Lehelloco. Nécrologie.
Le Jemble. Fièvre jaune.
Leloir. Tuberculose.
Lemoine. Otite.
Lépine. Ataxie locomotrice, épilepsie, localisations cérébrales, maladies des reins.
Leroy. Nécrologie.
Leudet. Empoisonnements.
Leviez. Bronchite fétide.
Lewin. Hémorrhoïdes.
Liébaud. Hypnotisme.
Liégéois. Angines de poitrine, aphonie réflexe.

Lister. Fracture de la rotule, prix.
Litten. Phtisie aiguë.
Lloyd. Néphro-lithotomie.
Lomer. Polypes utérins.
Longuet. Nerfs.
Loquin. Diphthérite.
Loreta. Chirurgie, pylore, rétrécissement du pylore.
Lucas Championnière. Acide phénique, conjonctivite parasitaire, drainage chirurgical, épilepsie traumatique, fracture de la rotule, gastrostomie, hygiène, hystérectomie, injections d'éther, kystes de l'ovaire, ovariotomie, verrues.
Lucke. Néphrectomie, résection du genou.

Maag. Diphthérite.
Maas. Goître, thyroïdectomie.
Macewen. Fracture de la rotule.
Mackensie. Maladies de la gorge.
Macleod. Hernies.
Magnan. Paralysies.
Malassez. Tuberculose, — zoogléique.
Mandillon. Hystérectomie vaginale.
Manez. Conjonctivite des bergers.
Mapother. Fracture de la rotule.
Maragliano. Cœur, phtisie.
Marboux. Arthrites.
Marchand. Vessie.
Margell. Diphthérite.
Mariasi. Dyspnée.
Marie (Pierre). Ataxie locomotrice, goître exophthalmique, sclérose.
Marsh (Howard). Hémorrhagie du rectum.
Marshall. Bronchite fétide.
Marshall (John). Nerfs.
Martin (A.) Néphrectomie, rein mobile.
Martin (H.) Tuberculose.
Martin-Damourette. Nécrologie.
Martineau. Exercice.
Mascarel. Diphthérite.
Masoin. Diabète.
Mason. Hernies gangrénées.
Mathieu (A.) Péricardite tuberculeuse, purpura hémorrhagique.
Mathieu (du Val-de-Grâce), suture osseuse.
Mau d'heu. Jurisprudence.
Maudsley. Aliénation mentale.
Maugey. Kystes des grandes lèvres.
Mauriac. Syphilis.
May. Néphro-lithotomie.
Mégnin. Médecine légale.
Merklen. Purpura.
Merlet. Nécrologie.
Meyer. Adénomes.
Michel. Nécrologie.
Mikulicz. Résection du pylore.
Millard. Paralysies syphilitiques, transfusion.
Minot. Tumeurs abdominales.
Mirepoix. Aliénation mentale.
Moisart. Empyème latent.
Molitor. Résection du pylore.
Monbinne. Prix.
Moncorvo. Estomac.
Monod. Fistule recto-vaginale, hernie congénitale étranglée, taille sus-pubienne.
Moquin-Tandon. Physiologie.
Morat. Cœur.
Morvan. Nécrologie.
Mouchez. Calculs.
Moutard-Martin. Empyème.
Muller. Diphthérite.
Muller (Seelig). Névralgies.
Murrell. Angines de poitrine.
Musser. Phtisie.

Négel. Albuminurie syphilitique.
Negri. Accouchements, hystérectomie.
Newman. Néphro-lithotomie.
Nicaise. Greffes cancéreuses, kystes hydatiques, — dermoïdes sublinguaux, prostate.
Nieto. Dyspnée.
Nonat. Introduction.
Noquet. Nez.
Norris. Sang.

NORTHRUP. Cirrhose atrophique.
NOTHNAGEL. Transfusion d'eau salée.

OGSTON. Hémorrhoïdes congénitales.
OLIVIER. Accouchements.
OLLIER. Amputation sous-périostée, greffes osseuses, néphrectomie, — résections, du poignet, — du genou.
OLLIVIER (A.) Ataxie locomotrice, diphthérite, orchite typhoïdique.
OLLIVIER. Injections d'éther.
ORFILA. Prix.
OTT. Cœur.
OZENNE. Kystes dermoïdes sublinguaux.

PACINI. Nécrologie.
PAGE (Herbert). Gastrostomie.
PALADINI. Transfusion.
PANAS. Conjonctivite rhumatismale.
PAQUET. Hydarthroses.
PARINAUD. Ophthalmologie, syphilis héréditaire.
PARISOT. Empyème, fièvre typhoïde.
PARK. Aliénation mentale.
PABROT. Adénopathie topographique, ophthalmologie, nécrologie, rachitisme, tuberculose.
PAUL (Constantin). Cancer de l'estomac, cœur, dyspnée.
PAVY. Diabète.
PÉAN. Polypes utérins.
PEDRAZZOLI. Rétrécissement du pylore.
PEISSON. Adénomes.
PELLARIN. Nécrologie.
PELLETAN. Phtisie.
PENIZZO. Ovariotomie.
PÉRIER. Taille sus-pubienne.
PERNET. Jurisprudence.
PERRIN (M.) Conjonctivite rhumatismale.
PÉTER. Cœur.
PETIT. Colectomie.
PICK. Nerfs.
PICOT. Cancer de l'estomac.
PICQUÉ. Fractures.
PINEAU. Fièvre typhoïde.
PITHA. Anesthésie mixte.
PITRES. Epilepsie partielle, localisations cérébrales.
PLAYFAIR. Vaccine.
POINSOT. Fractures, luxations de la hanche.
POLAILLON. Hystérectomie, luxation de la hanche, ovariotomie, résection du poignet, vessie.
POLK. Néphrectomie.
POLLARD. Vessie.
POLLOCK. Phtisie.
PONCET. Anesthésie mixte, kystes du testicule.
POORE. Leucocythémie.
PORRO. Accouchement prématuré, hystérectomie.
PORTAL. Prix.
POTAIN. Fièvre typhoïde, péricardite tuberculeuse, phtisie, purpura, rétrécissement de l'œsophage.
POULET. Ostéite tuberculeuse.
POZZI. Fracture de la rotule.
PRENGRUEBER. Lathyrisme.
PROUST. Lathyrisme.

QUEIREL. Grossesse, hystérectomie.
QUINLAN. Abcès adénoïdes.
QUINQUAND. Empoisonnements.

RABUTEAU. Anesthésie mixte, sang des cholériques.
RALFE. Diabète.
RAMONÈDE. Hernie congénitale étranglée.
RANVIER. Kystes lymphatiques du cou.
RATHERY. Purpura hémorrhagique, rhumatisme, variole.
RAUSCHENBUSCH. Vessie.
RAYMOND. Empyème latent.
RECLUS. Kystes des mamelles, ostéo-myélite, pustule maligne, synovite tendineuse, syphilis testiculaire, tuberculose chirurgicale.
REDARD. Nerfs.
REGNARD. Sang.

Regnault. Anesthésie.
Rémy. Rachitisme.
Renaut. Ataxie locomotrice.
Rendu. Cœur.
Reverdin. Goitre, sang, thyroïdectomie.
Reverdin (A.) Ovariotomie, phimosis, polype du larynx.
Ribbert. Phtisie.
Ribemont. Accouchements.
Ribot. Hérédité, maladies.
Riche. Alimentation artificielle.
Richelot. Fracture de la rotule, nerfs.
Richet. Pustule maligne, urines ammoniacales.
Ricoux. Hémiplégie.
Riedel. Pansement au bismuth.
Rigabert. Pustule maligne.
Rinecker. Chancres.
Rivet. Nécrologie.
Robert. Résection de l'astragale.
Roberts (John). Cœur.
Robertson (A.) Epilepsie traumatique.
Robin (A.) Falsifications médicinales.
Robinson. Cœur.
Robson (Mayo). Spina-bifida.
Rocha. Orchite.
Rochard. Aliénation mentale, fièvre typhoïde.
Roland. Jurisprudence.
Rommelaere. Cancer.
Roques. Paralysies syphilitiques.
Rosenstein. Péricardite.
Roussel. Transfusion.
Roux. Etranglements.
Rupprecht. Gastrostomie.
Rutimeyer. Ataxie locomotrice.

Sabourin. Localisations hépatiques.
Saint-Germain (de). Alimentation artificielle, phimosis, taille hypogastrique chez l'enfant.
Saint-Lager. Prix.
Sainton. Empyème latent.
Saint-Paul. Prix.
Salleron. Tuberculose génitale.
Sanger. Hystérectomie vaginale, tumeurs conjonctives.
Sanné Maladies des enfants.
Sappey. Nerfs.
Sattler. Conjonctivite.
Sauvage. Phtisie.
Savory (W.) Abcès fistuleux.
Schiff. Localisations cérébrales.
Schifvers. Phtisie laryngée.
Schmidt. Hernies.
Schmit (A.) Calculs salivaires.
Schmitt. Tuberculose expérimentale.
Schmitz. Diabète.
Schucking. Injections de l'utérus.
Schuppel. Arthrites.
Schwartz. Anémie, hystérectomie, — vaginale, taille sus-pubienne, thyroïdectomie.
Sedan. Ophthalmologie.
Sédillot. Nécrologie.
Sée (G.) Cœur, hématémèses, péricardite, phtisie.
Sée (M.) Gastrostomie.
Segond. Hernies.
Seifert. Diphthérite.
Semmola. Albuminurie, fièvre typhoïde.
Senator. Albuminurie.
Seux. Nécrologie.
Sharkey. Localisations cérébrales.
Shoemaker. Sciatique.
Shuter. Amputation sous-périostée.
Silvestrini. Localisations cérébrales.
Simon (C.) Diabète.
Sims (Marion). Nécrologie.
Sinéty (de). Syphilis.
Sizaret. Aliénation mentale.
Skibnewski. Résorcine.
Smith. Cœur.
Socquet. Nécrologie.
Sokolowski. Phtisie.
Spadaro. Néphrectomie.
Spillmann. Blennorrhagie, empième, nécrologie.
Spina. Tuberculose.
Stearns. Empoisonnements.
Stein. Vessie.

Stintzing. Phtisie.
Stoeber. Blennorrhagie.
Straus. Ataxie locomotrice, cancer de l'utérus, grossesse, phtisie, sang des cholériques.
Sturges. Pneumonie.
Sutton. Hystérectomie vaginale.
Sydney Coupland. Pneumonie.
Sydney Jones. Résection du pylore.

Tangye. Variole.
Tanret. Alimentation artificielle.
Tansini. Prostate.
Tarnier. Accouchements, albuminurie gravidique, cœur.
Taylor. Adénomes, cœur.
Taylor (F.) Diabète.
Tédenat. Ostéo-périostite.
Teilleux. Lathyrisme.
Teresopoles. Injections morphinées.
Terrier. Conjonctivite granuleuse, hystérectomie, kystes hydatiques du testicule, ovariotomie, purpura hémorrhagique.
Terrillon. Hystérectomie, kystes lymphatiques du cou, ovariotomie.
Terson. Ophthalmologie.
Testut. Nerfs.
Their. Injections d'acide phénique.
Théobald (de). Otite parasitaire.
Thiébaut. Estomac.
Thomas. Pustule maligne.
Thompson (H.) Prostate, tumeurs de la vessie, vessie.
Thuillier. Nécrologie.
Tillaux. Gastrostomie, goitre exophthalmique, kystes hydatiques du testicule, taille sus-pubienne.
Tomaselli. Cirrhose atrophique.
Trasbot. Phtisie.
Trélat. Amputations, fracture de la rotule, hernies, — congénitale étranglée.
Triffaud. Gangrène gazeuse foudroyante.
Troisier. Paralysies syphilitiques, rhumatisme.
Trousseau. Nerfs.
Truc. Ataxie locomotrice.
Turner. Fracture de la rotule.

Ughetti. Cirrhose atrophique.

Vachetta. Anesthésie mixte.
Valentin. Nécrologie.
Vallin. Accouchements.
Van Buren. Nécrologie.
Van Peteghem. Falsifications médicinales.
Vernay. Nécrologie.
Verneuil. Arthritisme, calculs, cancer, diabète, fistule vésico-intestinale, fractures, — de la rotule, gangrène, luxations spontanées, taille sus-pubienne, tuberculose chirurgicale, — génitale.
Vernois. Prix.
Verrier. Lathyrisme.
Vidal. Anesthésie locale, injections d'éther, tuberculose, verrues.
Vieusse. Thérapeutique.
Vigar. Thérapeutique.
Vigier. Quassine.
Vignal. Phtisie, tuberculose zoogléique.
Vincent. Injections morphinées, taille sus-pubienne.
Vogt. Résection du genou.
Voisin. Injections morphinées.
Voltolini. Fièvres intermittentes, surdité.
Vulpian. Anesthésie mixte.

Wafvinge. Leucocythémie.
Walton. Ataxie locomotrice, chirurgie du poumon.
Warrington-Howard. Varicelle gangréneuse.
Watson-Cheyne. Phtisie.
Weber-Liel. Otite.
Wecker (de). Conjonctivite.
Weichselbaum. Tuberculose.
Weiss. Blennorrhagie, empyème, résections tibio-tarsiennes.

West. Néphrectomie.
West (S.) Péricardite.
Whipham. Phtisie.
Whitehead. Vessie.
Whittier. Tumeurs abdominales.
Widal (Fernand). Rhumatisme.
Wilbur. Nécrologie.
Williams (Th.) Bronchite fétide, phtisie.
Winiwarter. Tumeurs.
Wins (de). Fièvre hectique, phtisie.
Wood. Ostéite condensante.

Yeo. Phthisie.
Yvon. Alimentation artificielle.

Zésas. Leucocythémie, sang.